Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Dr. BOECK, Prof. CHVOSTEK, Prof. DUHRING, Dr. FINGER, Prof. GEBER, Dr. GSCHIRHAKL, Dr. v. HEBRA, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Dr. JARISCH, Prof. KAPOSI, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LASCHKIEWITSCH, Dr. LASSAR, Dr. LESSER, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHAELIS, Dr. MICHELSON, Prof. MOSLER, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. POHL-PINCUS, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Dr. SCHIFF, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Prof. TARNOWSKY, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, Dr. VEIEL, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. H. v. ZEISSL, Dr. M. v. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. H. Auspitz
Wien.

Prof. Dr. F. J. Pick
Prag.

Prof. Dr. J. Caspary
Königsberg.

Prof. Dr. A. Neisser
Breslau.

Eilfter 1884. Jahrgang.
(Der Reihenfolge XVI. Jahrgang.)

Mit 7 Tafeln und 3 Holzschnitten.

Wien, 1884.

Wilhelm Braumüller
k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

Inhalt

des 3. und 4. (Doppel-) Heftes.

Originalabhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

Angioneurotische Dermatosen.

Neuritische Dermatosen.

Stauungs-Dermatosen.

Epidermidosen.

Chorioblastosen.

Register für den Jahrgang 1884:

Originalabhandlungen.

Ueber Melanosis lenticularis progressiva.

Von

Prof. Dr. Fil. J. Pick in Prag.

(Hiezu Taf. I—IV.)

Unter dem Namen Melanosis lenticularis progressiva werde ich im Nachfolgenden jene seltene Krankheitsform abhandeln, welche von Kaposi[1] zuerst als eine Art seines Xeroderma — später als Xeroderma pigmentosum[2], von Geber als seltene Form von Naevus der Autoren[3], von Taylor als Angioma pigmentatum et atrophicum[4], von Auspitz als Liodermia essentialis[5], von Neisser als Liodermia essentialis cum Melanosi et Telangiectasia[6], endlich von E. Vidal als Dermatosis Kaposi[7] bezeichnet wurde.

Wenn ich bei der Fülle von Namen, welche im Verhältnisse zu der geringen Zahl von Beobachtungen (im Ganzen 33) und der noch geringeren Zahl von Beobachtern (7) in der Literatur vorliegen, mich dennoch veranlasst sehe, keine der genannten Bezeichnungen zu wählen, so muss ich gleich von vorneherein als mildernden Umstand anführen, dass ich ebenso wie jeder meiner Vorgänger, aus Gründen, die ich später angeben werde, die bisher vorgeschlagenen neuen Namen nicht als zutreffend anerkennen konnte, und dass meine Bezeichnung überhaupt keine neue ist, sondern an eine ältere schon gebräuchliche anknüpft, die, wie ich zu zeigen bestrebt sein werde, von der Wesenheit des Krankheitsprocesses hergeholt wurde.

I.

Meine Untersuchungen beziehen sich auf drei Krankheitsfälle, Geschwister, welche sich im Verlaufe der letzten drei Jahre wiederholt auf meiner Klinik befanden und die ich deshalb genauer zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Eltern der Kranken leben seit ihrer vor 20 Jahren erfolgten Verehelichung fortwährend an demselben Orte und unter denselben, zwar nicht günstigen aber immerhin geordneten Lebensverhältnissen. Der Vater ist gegenwärtig 46 Jahre alt und seit nahezu 30 Jahren als Bergarbeiter in einem Kohlenwerke beschäftigt. Er ist von mittlerer Grösse, kräftig gebaut, gut genährt und erinnert sich nicht jemals ernstlich krank gewesen zu sein. Er war auch nie mit einer luetischen oder venerischen Affection behaftet und hat nie an Hautkrankheiten gelitten. Er hat dunkelschwarzes Haar, braune Iris, brünette Haut, die allenthalben vollkommen normal beschaffen ist und nirgends ein Mal oder eine stärkere umschriebene Pigmentanhäufung darbietet.

Die Mutter ist 39 Jahre alt, gleichfalls kräftig gebaut, gut genährt und soll bis vor 3 Jahren vollkommen gesund gewesen sein. Zu dieser Zeit litt sie durch mehrere Wochen an oft wiederkehrenden Kopfschmerzen, die zuweilen so heftig gewesen sind, dass die Frau ihrer häuslichen Arbeit nicht nachgehen konnte. Gegenwärtig ist sie wieder vollkommen wohl. Sie hat dunkelschwarzes Haar, braune Iris, dunklen Teint. Ihre Haut ist etwas lichter als die ihre Mannes, zeigt aber ebenso wenig wie jene irgend ein Mal oder eine Pigmentanhäufung.

Die Frau hat zwölfmal, am natürlichen Ende der Schwangerschaft, leicht geboren. Die Kinder kamen stets gesund und, wie sich die Mutter ausdrückt, selten schön und kräftig zur Welt. Allein nur die zwei ersten Kinder, Mädchen, und das zwölfte Kind, ein Knabe (unsere drei Fälle) sind am Leben geblieben. Neun aufeinander folgende Kinder starben jedesmal kurz nach der Geburt, gewöhnlich nach 14 Tagen bis 3 Wochen und nur ein Kind hat das Alter von 8 Wochen erreicht.

Ueber die Todesursache bei diesen Kindern ist nichts zu ermitteln möglich. Nach Angabe der Mutter waren die Kinder bis kurz vor dem Tode vollkommen wohl und gediehen vortrefflich, bis plötzlich unter Convulsionen und der Unmöglichkeit Nahrung zu sich zu nehmen innerhalb 24 bis 48 Stunden der Tod eintrat. Keines der zwölf Kinder aus dieser Ehe soll bei seiner Geburt irgend ein Mal oder eine auffallendere Hautfärbung dargeboten haben, vielmehr soll die Haut vollkommen rein, glatt gewesen

sein und auch bei dem acht Wochen alt gewordenen Kinde bis zu seinem Tode keinerlei Veränderungen gezeigt haben.

Die Affection an den überlebenden Kindern soll stets erst im Alter von anderthalb Jahren aufgetreten sein und in der That hatte das jüngste Kind zur Zeit als die älteste Tochter zum erstenmale auf der Klinik war, also mit $^3/_4$ Jahren, noch keinerlei Erscheinungen dargeboten.

Im Wohnorte selbst und weiter in der ganzen Arbeitercolonie ist keine ähnliche Affection beobachtet worden und bietet diese Familie, was ihr besonders peinlich ist, in Folge der eigenthümlichen Hautfärbung für die ganze Inwohnerschaft einen Gegenstand des Befremdens und des Aufsehens.

Die Entwicklung der Krankheit vollzog sich an den drei Geschwistern in vollkommen analoger Weise. Bei vollständigem Wohlbefinden und ohne alle subjectiven Empfindungen traten im Alter von $1^1/_2$ Jahren zuerst einzelne sommersprossenartige Flecke um die Augen auf. Nachdem sich diese Fleckenbildung von da aus allmählich über das Gesicht und die Stirne verbreitet hatte, zeigten sich dieselben Erscheinungen an den Handrücken und zuletzt auch an den Füssen, von welchen peripheren Körperstellen aus der Process anfangs sehr langsam, später in rascherer Folge, centralwärts fortschritt. Als eine allen drei Fällen zukommende Eigenthümlichkeit habe ich noch hervorzuheben, dass die Haut an den nicht erkrankten Partien keine pathologischen Veränderungen darbietet, hell gefärbt erscheint, das Haar blond, die Iris blau ist, ein Umstand, welcher gegenüber dem dunklen Colorit der Eltern bemerkenswerth erscheint.

Ich gehe nun zur Beschreibung der einzelnen Fälle über.

1. Fall (Taf. I u. II). Barbara, 19 Jahre alt, ist das erste Kind der vorgedachten Eheleute H. Sie war nie erheblich krank, hat nie an Drüsenschwellungen oder sonstigen etwa auf Scrophulose zu beziehenden Zuständen gelitten, keine Infectionskrankheiten, insbesondere keine acuten Exantheme, zu überstehen gehabt. Nur an Augenkatarrh mit starker Secretion, Lichtscheu und Thränenträufeln hat sie seit ihrer Kindheit gelitten, so oft sie sich bewegter Luft oder dem Sonnenlicht längere Zeit ausgesetzt hat. Während jedoch dieser Zustand früher nach 1 bis 2tägigem Aufenthalte im verdunkelten Zimmer schwand, besteht er

jetzt besonders am rechten Auge seit mehr als 3 Monaten andauernd fort und hat die kleine warzenförmige Geschwulst am rechten Auge innerhalb zweier Monate die gegenwärtige Grösse erreicht. Die Kranke ist seit ihrem 16. Lebensjahre regelmässig und ohne Beschwerden mit vierwöchentlichem Typus menstruirt. Ihrem Hautleiden schenkt sie gar keine Beachtung, dasselbe hat ihr niemals irgend welche körperlichen Beschwerden verursacht, sie jedoch, wie ihre Schwester, gezwungen sich von ihren Altersgenossen fern zu halten, worauf ihr überaus schüchternes und scheues Wesen zurückzuführen ist. Das Krankenhaus sucht sie auf, um von ihrer Geschwulst am Auge befreit zu werden.

Status praesens bei der ersten Aufnahme im Mai 1880. Körper mittelgross, kräftig gebaut, Fettpolster allenthalben gut entwickelt. Haare rothblond, Iris blau, Haut an den nicht erkrankten Stellen wenig pigmentirt. Die pathologischen Veränderungen der Haut erstrecken sich über die Stirne, das Gesicht und den Hals, am Stamme vorne bis etwas unter die Mammae, rückwärts bis zum unteren Schulterblattwinkel, ferner an den oberen Extremitäten in ihrer ganzen Ausdehnung mit Ausnahme der volae manuum, an den unteren Extremitäten über beide Unterschenkel mit Ausnahme der plantae pedum bis zu der Stelle, wo die Strumpfbänder angelegt sind und im geringen Grade über das untere Drittheil der Oberschenkel. Gewissermassen isolirt von den in grösserer Ausdehnung ergriffenen Hautpartien finden sich die gleichartigen Veränderungen, um den Nabel im Umkreise von etwa 5 Ctm., sodann um den After und am Genitale bis an die Uebergangsstelle der Haut in Schleimhaut.

Die pathologischen Veränderungen an den genannten Stellen präsentiren sich in folgender Weise. Der Hauptsache nach findet man:

1. Flache, den Sommersprossen, Epheliden ähnliche, stecknadelkopf- bis hanfkorngrosse, nicht oder nur leicht schuppende, gelbe bis gelbbraun gefärbte Flecke;

2. Hanfkorn- zumeist jedoch linsengrosse, scharf umschriebene, dunkelbraune bis schwarze, flache, zuweilen über das Niveau der Umgebung schwach erhabene, den Linsenflecken, Lentigines, Naevus lenticularis, ähnliche Flecke;

3. Warzenförmige Gebilde, d. h. kleine Geschwülste vom Umfange der Linsenflecke bis zu der einer Himbeere, welche in der

überaus grössten Zahl dunkelschwarze, fast sepiaartige Färbung haben. Die Haut über denselben ist glatt, zuweilen mit spärlichen, dunkeln Haaren versehen. Ihre Consistenz ist je nach der Grösse der Warzen verschieden. Die kleineren sind ziemlich hart, resistent, die grösseren weicher, elastisch, zuweilen selbst so zusammendrückbar, dass ihr Volum stark verkleinert werden kann, um nach aufgehobenem Drucke langsam wieder die ursprüngliche Gestalt anzunehmen.

Ganz gleich beschaffene, aber derbe und ungefärbte oder fleischrothe Warzen finden sich in sehr geringer Zahl am linken unteren Augenlidrande, am rechten Naseneingange, auf dem behaarten Kopfe und endlich eine umfangreiche, über $1^1/_2$ Ctm. im Durchmesser grosse an der Aussenseite des rechten Oberschenkels.

4. Zwischen diesen verschiedenen Melanosen der allgemeinen Decke findet man sehr zahlreiche rothe, zumeist wieder hanfkorn- bis linsengrosse Flecke, an denen sich, oft mit dem blossen Auge, immer aber mit der Lupe die Röthe von kleinsten Gefässramificationen gebildet erweist.

5. a) Gleichfalls inmitten der dunkeln und rothen Flecke zerstreut sieht man runde oder streifenförmige hellweisse narbenartige, zumeist unter dem Niveau der Umgebung liegende Stellen; b) einzelne dieser Narbenflecke sind von kleinen, immerhin aber viel grösseren Gefässchen durchzogen, als die der eben angeführten rothen Flecke.

Bezüglich der relativen Vertheilung der geschilderten Veränderungen erweist sich, dass die ephelidenartigen und lenticulären Gebilde an den peripheren Theilen der erkrankten Hautpartien vorwiegen, also da, wo die Krankheit an noch unveränderte Haut grenzt, die Warzen an den stärkst ergriffenen Stellen mehr im Centrum der erkrankten Haut vorkommen, die Narbenflecke aber vorzüglich an den ältest erkrankten Stellen ganz besonders im Gesichte anzutreffen sind und hier, wie an den Lippen, den Nasenflügeln und an den Lidern ersichtlich ist, zu einer Schrumpfung geführt haben, durch welche die Ostien verengert wurden. Von diesen Veränderungen der Haut heben sich noch zwei geschwulstartige Gebilde ab. An der Innenseite des rechten Unterschenkels, zwei querfingerbreit über dem Knöchel befindet sich ein 6 Ctm. im Durchmesser betragender, etwa $1^1/_2$ Ctm. hoher

gelappter dunkelschwarzer Tumor, der sich mit der Haut leicht verschieben lässt, im Uebrigen mit den kleineren Geschwülsten übereinstimmt.

Das rechte untere Augenlid ist nach auswärts gestülpt durch eine etwa taubeneigrosse Geschwulst, welche von der Conjunctiva nahe dem Lidrande ausgehend, den Bulbus verdeckt und aus der Lidspalte und über das obere Augenlid hervorragt. Die Geschwulst ist fleischroth, stellenweise schwarz gefärbt, an der Oberfläche theils nässend, theils exulcerirt.

Die übrigen sichtbaren Schleimhäute zeigen keine Veränderungen.

Die Untersuchung der Brust- und Bauch-Organe ergibt keinen pathologischen Befund. Der Harn enthält keine abnormen Bestandtheile. Das Allgemeinbefinden ist gut.

Decursus. Die Geschwulst am unteren rechten Augenlide wurde mit dem Messer entfernt. Die Blutung war unbedeutend, die Heilung vollzog sich ohne Beeinträchtigung des Lides. Nachdem somit die Veranlassung, welche die Kranke zu uns geführt hatte, beseitigt war, wurde dieselbe aus der Anstalt entlassen.

Ein Jahr später stellte sie sich von Neuem ein. Diesmal war es der an der Innenfläche der rechten Unterextremität zwei Querfinger breit über dem Knöchel befindliche Tumor, welcher die Kranke zwang, die Hilfe der Klinik in Anspruch zu nehmen. Dieser Tumor war im Verlauf der letzten zwei Monate zu Faustgrösse herangewachsen, so dass derselbe die Kranke im Gehen behinderte. Der Tumor war gelappt, zum grössten Theile schwarz pigmentirt und von einem derben, wallartig aufgeworfenen Rand umgeben. An seiner Oberfläche, die zum grössten Theil von Haut entblösst gewesen ist, sickerte fortwährend eine übelriechende, viscide Flüssigkeit hervor. Die ganze Geschwulst hatte so das Aussehen eines Schwammes und war auch bezüglich ihrer Consistenz an einzelnen Stellen teigartig weich, an anderen schwammartig elastisch. Die weitere Untersuchung ergab, dass die Pigmentbildung im Gesicht im Allgemeinen, soweit es die dunkelschwarzen Linsenflecke betraf, abgenommen, dass dafür jedoch die Zahl und die Ausbreitung der weissen Narbenflecke bedeutend zugenommen hatte. Ferner ergab sich eine Zunahme der Zahl und der Grösse der Tumoren und insbesondere die-

jenigen an den Unterschenkeln waren zu bedeutender Mächtigkeit herangewachsen.

Der Process der Scheckenbildung war allmählich weitergegangen und hatte auch jene Partien des Rückens, des Bauches und der Hautpartien an den Extremitäten ergriffen, welche im vergangenen Jahre von demselben freigeblieben waren. In Folge der Verdünnung der Haut und der narbigen Contraction an den Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut der Ostien des Gesichtes waren dieselben verengert und hat die Beweglichkeit der Lider sowie der Lippen gelitten. Dagegen erwies sich das rechte untere Augenlid nicht stärker beeinträchtigt als das linke, die Conjunctivalnarbe war sehr klein und schmal, durch Heranziehung der Conjunctiva von den Seiten. Auch war kein Recidiv der Geschwulst nach der Operation eingetreten.

Obwohl es klar war, dass eine operative Beseitigung der Geschwulst am rechten Fusse keine radicale Hilfe bringen konnte, und ein Recediv an derselben Stelle, sowie ein rasches Heranwachsen der Geschwülste in der Nachbarschaft zu befürchten war, wurde dieselbe dennoch auf operativem Wege entfernt, weil die Kranke einerseits in ihrer Bewegung wesentlich behindert war, weil die an die Oberfläche gesetzten Secrete einen sehr üblen Geruch verbreiteten und weil zu befürchten war, dass sich alsbald septische Erscheinungen einstellen werden. Bei der Operation erwies sich, dass die Geschwulst vom Unterhautzellgewebe ausging und über dieses hinaus nicht tiefer gedrungen war. Da die Geschwulst, wie schon früher erwähnt, an ihrer Basis halsartig eingezogen, von einem sehr festen Hautwall umgeben war, blieb eine verhältnissmässig zur Grösse der Geschwulst kleine Wunde zurück, welche sich noch durch Contraction der umgebenden Haut verkleinerte und unter Eiterung zur Vernarbung kam. Als die Kranke diesmal die Klinik verliess, war nur eine beiläufig 2 Ctm. im Durchmesser betragende, gut granulirende Stelle der Wunde noch nicht überhäutet. Die Wundbehandlung bestand in dem Verband mit Jodoformpulver.

Zum letzten Male ist die Kranke zu Ende des verflossenen Jahres und zwar wegen des Recidivs an derselben Stelle, an welcher der grosse Tumor abgetragen worden war, auf meine Klinik aufgenommen worden. Schon vorher habe

ich durch briefliche Mittheilung erfahren, dass etwa ein halbes Jahr nach ihrem letzten Austritt aus dem Krankenhause sich wieder eine Geschwulst von derselben Beschaffenheit, von der Narbe ausgehend, entwickelt hat. Wir fanden die Kranke sehr herabgekommen, am inneren Knöchel einen Tumor, welcher den früher daselbst gesessenen noch um die Hälfte an Grösse übertraf. Die Ulceration an der Oberfläche war sehr bedeutend, die Secretion sehr stark, und trotzdem die Kranke auch während ihres häuslichen Aufenthaltes andauernd Jodoform verwendet hatte, der Geruch penetrant. Die Geschwulst sass diesmal viel breiter auf, hatte den Knöchel vollständig bedeckt, an ihrer Peripherie waren kleinere, bis wallnussgrosse Tumoren von gleicher Beschaffenheit vorhanden. Die Scheckenbildung hat noch grössere Ausbreitung gewonnen, ganz besonders haben die weissen Narbenflecken an Zahl und Ausdehnung zugenommen, insbesondere im Gesichte, am Halse und an der Brust, wo sie grössere Flächen einnehmen.

Diesmal hat Herr Docent Dr. Schenkl eine ophthalmoskopische Untersuchung vorgenommen. Dieselbe ergab: Papillen normal begrenzt, in der Mitte gelbröthlich, im Allgemeinen bleicher als in der Norm; Bindegewebsring nur als schmaler nicht ganz deutlich ausgeprägter Saum wahrzunehmen. Pigmentsaum am Sehnervenumfang, namentlich am rechten Auge stärker. Choroidalpigment übrigens normal; Centralgefässe von kleinerem Durchmesser als in der Norm, die zarteren Verzweigungen derselben kaum wahrnehmbar.

Auch diesmal war der sehnlichste Wunsch der Kranken nur dahin gerichtet, dass diese Geschwulst beseitigt werde, und so entschloss ich mich denn wieder, dieselbe zu exstirpiren. Bei der Operation erwies sich, dass die Geschwulstmasse viel tiefer eingedrungen war; trotzdem war die Blutung sehr gering und vollzog sich die Heilung des grossen Substanzverlustes unter Granulationsbildung sehr rasch. Eine vollständige Vernarbung wollte die Kranke auch diesmal nicht abwarten und verliess das Krankenhaus mit einer beiläufig 5 Ctm. im Umfang messenden Wundfläche.

Briefliche Mittheilungen, welche ich seitdem erhalten habe, besagen, dass bisher kein Recidiv eingetreten ist.

Unter Hinweis auf die ausführlich geschilderten Symptome des ersten Falles kann ich mich nun bei der Beschreibung des zweiten und dritten Falles kürzer fassen.

2. Fall (Taf. III). Anna ist das zweite Kind der Eheleute H. 17 Jahre alt, war niemals krank und hat nie an Augenkatarrh gelitten. Doch erklärt auch sie, dass ihr grelleres Sonnenlicht Lichtscheu und Thränenträufeln verursacht. Sie ist seit einem Jahre menstruirt. Die Menses kamen anfangs unregelmässig, seit einem halben Jahre regelmässig, vierwöchentlich ohne Beschwerden.

Sie ist grösser und noch kräftiger als ihre Schwester. Kopfhaar rothblond, Augenbrauen, Haar unter den Achseln, am Schamberg, sehr spärlich von derselben Farbe. Die Wimpern an beiden unteren Augenlidern fehlen gänzlich. Die Iris ist graublau. Die krankhaften Veränderungen an der Haut erstrecken sich über Gesicht und Stirne, den Hals und Nacken, am Stamme, vorne bis über das Manubrium sterni, rückwärts bis nahe an den unteren Schulterblattwinkel.

Die oberen Extremitäten sind von dem Leiden in ihrer ganzen Ausdehnung ergriffen, die unteren Extremitäten von den Knien abwärts. Die übrigen Körperstellen mit Einschluss der Handteller und Fusssohlen sind vollkommen frei. Die Haut ist daselbst allenthalben elastisch, gut eingeölt, blond. Auch die Partien um den Nabel, die Genitalien und um den After nicht stärker pigmentirt. Nur der Brustwarzenhof ist etwas dunkler, gelb gefärbt. Die Veränderungen an den erkrankten Hautstellen bestehen in einer Scheckenbildung, die sich aus analogen Pigmentirungen zusammensetzt wie in dem früher angeführten Falle. Im Gesichte überwiegen die, unter Barbara 5, geschilderten weissen Narbenflecke und haben hier zur Verengerung der Mundöffnung, der Nasenöffnungen und der Lidspalten geführt. Stark entwickelt mit bedeutender Veränderung der Haut und Runzelung der Epidermis sind die Narbenflecken ober der rechten Fossa supraclavicularis. Gleichfalls zahlreich und allenthalben verbreitet sind die unter Barbara 4, angegebenen rothen Flecke. Die Ephelidenbildungen (1) sind vorwiegend im Gesichte und am Stamme, insbesondere hier an den Grenzen der erkrankten Haut. Die Linsenflecke (2) sind am zahlreichsten an den Extremitäten, wo sie sichtlich durch Confluenz früher isolirter Herde grössere Dimensionen erreichen.

Von den unter Barbara 3, beschriebenen Warzenbildungen findet sich nur an der Stirne und am rechten Mittelfinger je ein melanotisches Exemplar. Dagegen sind am rechten Augenwinkel und am rechten unteren Augenlide drei, am linken unteren Augenlide eine, bis linsengrosse von ektasirten Gefässen durchzogene pigmentlose Warzen vorhanden.

An der Schleimhaut der Lippen, am Gaumen, sowie am Rande der Zunge befinden sich linsengrosse von Gefässramificationen gebildete rothe Flecke, deren Epithel jedoch intact ist.

Am linken Unterkiefer ist das Zahnfleisch um den 2. und 3. Mahlzahn aussen bis zu einer wallnussgrossen Geschwulst gewuchert. Dieser Geschwulst habe ich es zu danken, dass die Kranke unserem Wunsche, sie zu sehen, nachgekommen ist und sich auf die Klinik aufnehmen liess. Nachdem die Geschwulst entfernt war, verliess die Kranke die Anstalt. Es ist seither kein Recidiv eingetreten.

3. Fall (Taf. IV). Josef, zwölftes Kind der Eheleute H., $2^3/_4$ Jahre alt, ist sehr gut entwickelt, kräftig gebaut, mit reichlichem Fettpolster versehen, geistig frühreif zu nennen. Sein Kopfhaar ist hellblond, die Haare an den Augenbrauen sowie die Wimpern der oberen Augenlider sind schwarz. An den unteren Lidern fehlen die Wimpern fast vollständig. Die Iris ist dunkelblau. Die Pupille schwarz. An den unbedeckten Körpertheilen ist die Haut im Allgemeinen und diffus dunkler gefärbt. So im Gesichte, an den Handrücken bis etwa über das untere Drittheil des Vorderarmes, an den Füssen bis über die Sprunggelenke. Aber nur im Gesichte, an der Stirne, an beiden Ohrmuscheln und an den Händen und Armen, soweit die dunklere Färbung reicht, zeigt der Knabe eine Scheckenbildung, welche der seiner Geschwister gleicht. Auffallend ist die grosse Zahl und die Ausbreitung der atrophischen und pigmentlosen, weissen, eine dünne Epidermis darbietenden Flecken (Barbara 5). Ebenso zahlreich sind die rothen Flecke (4). Von Pigmentflecken sind nur die (sub Barbara 2) Epheliden und Lentigines in grosser Zahl und verschiedener, zumeist der helleren Färbung angehöriger, vorhanden. Nur drei oder vier sepiaschwarze Flecke befinden sich im Gesichte, die jedoch noch keine warzenförmige Gestalt haben, sondern im Niveau der Haut liegen.

Bemerkenswerth ist das Vorhandensein einer grösseren Zahl weisser Flecke, die von grösseren Gefässchen durchzogen sind, in der Art wie sie im ersten Falle (sub 5 b) angeführt wurden, oder solcher weisser Flecke, die von eben solchen Gefässramificationen umsäumt sind.

II.

Während der mehrmaligen Anwesenheit des ersten Falles auf meiner Klinik war mir gestattet worden, kleine Hautpartien, welche die oben angeführten Symptome in verschiedenen Entwicklungsstadien darboten, zu excidiren und einer mikroskopischen Untersuchung zu unterwerfen. Auch bezüglich des zweiten Falles war mir ein Gleiches, wenn auch im beschränkteren Masse möglich gewesen. Ich will hier gleich anführen, dass die Untersuchung von beiden Fällen vollkommen übereinstimmende Ergebnisse geliefert hat. Es ist zweckmässig zunächst den Befund an den Linsenflecken (N. lenticular.) ins Auge zu fassen.

Abgesehen von der wechselnden Menge von Pigment, auf das ich später zu sprechen komme, zeigen sich hier die hauptsächlichsten Veränderungen in dem Verhalten des Coriums. Die Epidermis ist oft ganz unverändert, zuweilen erscheint die Hornschicht etwas verdickt und sendet zapfenförmige Fortsätze in das Rete, die zu kugeligen Anhäufungen nach Art der Cancroide Veranlassung geben. An solchen Stellen ist auch das Rete verdickt, während es sonst entweder unverändert erscheint oder dort, wo die Veränderungen in der Cutis stärker entwickelt sind, in seiner Masse reducirt, verdünnt ist.

Im Corium selbst fällt zunächst der Reichthum an Gefässen auf. Das Endothel derselben und der Capillaren ist geschwellt, gefaltet, in das Lumen hineinragend, zuweilen derart, dass dasselbe fast obturirt erscheint. Die Adventitia der Gefässe und deren Umgebung findet man stets, in wechselnder Menge, von kleinzelliger Infiltration durchsetzt, welche dem Verlaufe der Gefässe entlang, vorwiegend im papillaren Theile der Cutis, entwickelt ist und in Form von „Strängen und Nestern“ gelagert, das normale Gewebe verdrängt. Wo diese Infiltration mässig ist, sind die Papillen wenig verändert, später erscheinen sie immer mehr und mehr verbreitert, zuweilen fast vollkommen verstrichen.

Gleichen Schritt mit der Erkrankung der Gefässe und der kleinzelligen Infiltration des Coriums hält die Pigmentablagerung in den Flecken ein.

Anfangs, bei noch deutlichen Papillen, ist es vorwiegend, aber niemals ausschliesslich, das Rete, in welchem das Pigment abgelagert erscheint. In dem Masse jedoch als die Zellinfiltration dominirt, ist diese vorwiegend die Trägerin des Pigments, so dass zuweilen das überliegende Rete fast pigmentlos erscheint.

Nimmt man diesen Befund an den Lentigines zum Ausgangspunkte des Vergleiches mit den anatomischen Veränderungen an den anderen unter 1 und 3 geschilderten Hautsymptomen, so ergibt sich nur ein gradueller Unterschied, indem die Epheliden dem geringsten Grade, die Warzen dem höchsten Grade der angeführten pathologischen Veränderungen entsprechen. Aber der Befund an den Epheliden d. h. an den am schwächsten gefärbten Lentigines, bei welchen fast ausschliesslich das Rete pigmentirt erscheint, die Gefässe ektasirt, viele strotzend mit Blut gefüllt sind, zeigt deutlich, dass sie noch eine Vorstufe in jenen rothen Flecken haben, die (unter Barbara 4) angegeben wurden, denn auch an diesen hyperämischen Stellen findet man neben den erweiterten Gefässen Pigment, wenn auch sehr spärlich so doch deutlich, in Beziehung zu den Gefässen abgelagert.

Obwohl die warzenförmigen Gebilde, wie schon erwähnt, sich unmittelbar an die stärksten Veränderungen der Linsenflecke anschliessen, bei welchen ja in der Localisation des Zellinfiltrates an den obersten Schichten des Coriums die Tendenz zur Bildung von Hervorragungen über die Umgebung angedeutet ist, so findet man doch an diesen bezüglich des relativen Verhältnisses von Zellinfiltration und Gefässveränderungen und namentlich zum Gefässreichthum grosse Unterschiede. An manchen Warzen sind nur wenige Gefässe mehr vorhanden, während an anderen der Reichthum an Gefässen und ihre Grösse gegenüber der zelligen Neubildung so überwiegen, dass man leicht glauben könnte es mit Angiomen zu thun zu haben. Auch bezüglich der Gestalt der zelligen Elemente der Neubildung findet man viele Uebergänge von den kleinen grosskernigen Rundzellen zu grösseren spindelförmigen Zellen.

Nur da, wo bereits deutliche Geschwulst-Warzenbildung aus-

gesprochen war, fanden sich auch die tieferen Schichten der Haut ergriffen. Dann waren auch die Talg- und Schweissdrüsen sowie die Haarbälge von erweiterten Gefässen umgeben, an welchen die gleichen Veränderungen der Zellinfiltration und der Pigmentablagerung vorhanden waren.

Wie schon aus dem makroskopischen Bilde zu ersehen war, erwiesen sich die weissen Flecke als Produkte der Atrophie sämmtlicher Bestandtheile der Haut. Die Epidermis zumeist in allen Theilen verdünnt, die Cutis ein narbiges faseriges Bindegewebe darstellend, keine Spur von Pigment, nur spärliche Gefässe, von denen aber einzelne bedeutend erweitert sind. Im Allgemeinen ist jedoch die Atrophie der bindegewebigen Bestandtheile der Haut weiter fortgeschritten als der epithelialen.

Die umfangreichen Geschwülste, welche im ersten Falle abgetragen wurden, habe ich Herrn Prof. Chiari zur Untersuchung übergeben. Derselbe hatte die Freundlichkeit mir darüber Nachfolgendes zu berichten:

„Von beiden Tumoren zeigten die Schnitte im allgemeinen ganz gleiche Verhältnisse. Sie differirten untereinander nur, je nachdem sie von noch mit Haut bedeckten Randpartien der Tumoren oder mehr aus der Mitte entnommen worden waren. Die Schnitte aus den Randpartien liessen erkennen, dass die Epidermis mit dem Tumor nicht zusammenhing, dass das Neoplasma vielmehr im eigentlichen Cutisgewebe sich entwickelt hatte und von da gegen die Oberfläche der Haut und gegen das subcutane Gewebe hin gewachsen war. Die Grenze zwischen dem Neoplasma und dem noch gesunden Cutisgewebe war theils scharf, theils aber ging der Tumor allmählich in das gesunde Cutisgewebe über, derart, dass sich in der Nachbarschaft der eigentlichen Tumormasse einzelne Neubildungszellen zwischen den Cutisfasern fanden. An manchen Stellen zeigte die den Tumor begrenzende Cutis entzündliche Infiltration, so besonders im Bereich des Randes der den eigentlichen Tumor betreffenden, im Verhältniss zur Grösse desselben beträchtlich grossen Ulcerationsflächen. Das Neoplasma selbst erwies sich als ein Sarcoma fusocellulare melanoticum, die Zellen desselben hatten im ausgebildeten Zustande exquisite Spindelform und enthielten in reichlicher Menge theils sehr feines, theils mehr grobkörniges, dunkelbraunes Pigment. Die jüngeren

Geschwulstelemente waren mehr rundlich und enthielten häufig wenig oder gar kein Pigment. In der Nachbarschaft des Tumors lagerten an manchen Stellen freie Pigmentkörner zwischen den Cutisfasern. Die Schnitte aus den centralen Partien zeigten lediglich in verschiedenen Richtungen sich durchkreuzende Züge spindeliger, pigmentirter Zellen".

„Hie und da erschien zwischen sie eingelagert ein kleiner bis erbsengrosser Herd aus wenig oder gar nicht pigmentirten Spindelzellen, der übrigens bereits makroskopisch durch eine helle Farbe auffiel".

„Würde ich nach diesem histologischen Befunde allein meine Ansicht über die Entstehung der melanotischen Tumoren in dem vorliegenden Falle zu äussern haben, so würde ich als deren Ausgangspunkt mit der grössten Wahrscheinlichkeit Naevi pigmentati bezeichnen".

Was das Pigment anlangt, so muss zunächst constatirt werden, dass es sich überall, im Epithel wie im Corium, in den Pigmentflecken, wie in den umfangreichen Geschwülsten von gleicher Beschaffenheit erwies. Es ist körnig, die einzelnen Körner von verschiedener Grösse, von gelbbrauner Farbe und stets in Zellen oder doch so angeordnet, dass man eine ursprüngliche Lagerung in Zellen annehmen kann. Eine diffusse Zellfärbung habe ich nur im Rete gesehen. Bezüglich der Provenienz des Pigmentes kann ich nur so viel aussagen, dass sein Auftreten im Gewebe mit den Veränderungen an den Gefässen in directer Beziehung steht. Ich habe vielfach Bilder gesehen, welche die von Gussenbauer [8] gegebenen Befunde und seine Ansicht über die Genesis des Pigments in melanotischen Geschwülsten zu stützen geeignet waren. Insbesondere in Präparaten, welche aus einem kaum elevirten Pigmentflecke der Barbara gewonnen wurden, ergab sich schlagend, dass die Pigmentablagerung im Rete gerade nur über den erweiterten, strotzend mit Blut gefüllten Gefässen vorhanden ist, zwischen welchen und dem Rete eine Kette körniges Pigment haltender Zellen liegt. Ebenso habe ich Bilder erhalten, in welchen die Gefässe thrombosirt waren, ein Theil der Blutkörperchen ausgelaugt erschien, während Pigment in den Gefässwandzellen und der Umgebung derselben abgelagert war. Allein das chemisch verschiedene Verhalten des Farbstoffes gegenüber

dem Blutfarbstoff setzt auch eine Umwandlung desselben voraus. Da sich das Pigment immer nur in Zellen befindet, so wird der ganze Vorgang auch hier am ungezwungensten nach der Virchow'schen Theorie erklärt, dass der Blutfarbstoff aus den rothen Blutkörperchen der Gefässe diffundirte und in den Gewebszellen zu körnigem Pigment verarbeitet wurde. Die Zellen des Rete, welchen diese Eigenschaft unter physiologischen Verhältnissen zukommt, participiren an der Pigmentablagerung am frühesten und stärksten, in der Cutis sind es die pathologisch neugebildeten Zellen, welche den Process der Umbildung des Pigments aus dem Blutfarbstoff vollführen. Je nachdem die pigmentbildenden Zellen persistiren oder einem Resorptionsprocesse verfallen, bleibt auch das Gewebe pigmentirt oder verschwindet das Pigment, zuweilen jedoch vollzieht sich die Resorption der Zellen rascher und dann bleibt das Pigment frei im Gewebe liegen.

III.

Vergleiche ich nun diese klinischen und pathologisch-anatomischen Ergebnisse mit denjenigen, welche in der bisherigen Literatur über diesen Gegenstand bekannt wurden und welche durch die neueren Publicationen von Neisser[9] und E. Vidal[10] eine wesentliche Bereicherung erfahren haben, so ergibt sich nach beiden Richtungen hin eine erfreuliche Uebereinstimmung. Schon in seiner ersten Mittheilung hat Kaposi[11] ein so anschauliches Bild dieser Krankheit geliefert, dass die Diagnose keiner Schwierigkeit unterliegt, auch wenn man nicht, wie ich den Fall, auf den sich seine ersten Angaben bezogen haben, zu sehen Gelegenheit hatte. In seiner zweiten Mittheilung hat Kaposi[12] die differentiellen Momente hervorgehoben, welche diese Krankheit von der Sklerodermie und der Pigmentlepra wohl unterscheiden. In der That kann es, wenn man sich nicht an gewisse äusserliche Aehnlichkeiten stösst, keine grössere Verschiedenheit in der Entwicklung, im Verlauf und in den Ausgängen geben, als sie zwischen den gedachten Krankheiten herrschen. Aber eben in der Consequenz dieser Unterschiede liegt es, dass nicht blos der Fall von Glax[13], sondern auch die Fälle von Erasmus Wilson[15], welche er als General Atrophia cutis beschreibt, aus dem Rahmen dieser Krankheit eliminirt werden

müssen. Sehr zweckmässiger Weise hat E. Vidal[15] auch die Urticaria pigmentosa differentiell diagnostisch berücksichtigt und die hier vorhandene Hyperästhesie, die Quaddelbildung, das heftige Juckgefühl, die Kratzeffecte, den Mangel an Telangiectasien angeführt. Er hätte noch hinzufügen können, dass die Urticaria pigmentosa sich vorwiegend am Stamme localisirt, während das Gesicht, die peripheren Theile der Extremitäten selten oder doch viel weniger ergriffen sind und dass die Pigmentirung nie einen so hohen Grad erreicht und den bekannten Farbenveränderungen ausgesetzt ist.

In allen Fällen, mit Ausnahme des 8. Falles von Kaposi und des Falles von Heitzmann, welche in dieser Richtung eine Correctur zulassen, hat die Krankheit in den ersten Lebensjahren begonnen, meist mit $1^1/_2$ Jahren und zwar immer im Gesichte, in der Nähe der Augen und hat sich von da über die Stirne sowie über den Hals und die Brust verbreitet, während unabhängig davon die periphersten Stellen der oberen und dann der unteren Extremitäten gleichfalls erkrankten und sich die Krankheit von da centralwärts ausbreitete. Stets waren mehrere Kinder derselben Eltern von der Krankheit befallen. Gewöhnlich, aber nicht ausnahmslos, sind entweder nur die Knaben oder nur die Mädchen erkrankt. Eine solche Ausnahme hat Kaposi beobachtet, indem in der Familie S. (5. u. 6. Fall) die zwei erkrankten Kinder ein Mädchen und ein Knabe waren, und wir selbst von den drei Geschwistern zwei Mädchen und einen Knaben anzuführen hatten.

Auch darin stimmen alle Angaben überein, dass die Individuen ausser ihrer Hauterkrankung keinerlei krankhafte Zustände darboten, die mit dem Hautleiden im Zusammenhang gestanden wären, dass sich die Kinder vielmehr gut entwickelten, und solange keine Störungen im Allgemeinbefinden eintraten, bis die durch maligne Geschwulstentwicklung bedingte Dyscrasie eintrat.

Bezüglich der Schilderung der Krankheitssymptome weichen die Angaben der Autoren von einander ab, je nachdem sie gerade verschiedene Stadien vor sich hatten und je nachdem im gegebenen Falle die Atrophie oder die Geschwulstbildung dominirte. In allen Fällen waren jedoch die Telangiectasie, die Pigmentflecken, die weisse narbenartige Atrophie vorhanden, und zwar in allen Fällen nachweislich das eine Symptom in das andere übergegangen.

Auch bezüglich der anatomischen Verhältnisse lässt sich eine vollständige Uebereinstimmung erzielen, wenn man in Berücksichtigung zieht, dass die Autoren gerade solche Bilder besonders hervorgehoben haben, die ihnen eben zur Verfügung standen und in welchen sie die für den gegebenen Fall weitgehendsten Veränderungen der Haut zu finden glaubten. So hat Kaposi seine histologischen Untersuchungen vorzüglich den malignen Geschwürs- und Geschwulstbildungen zugewendet und zuerst den interessanten Befund von Carcinomentwicklung dargethan. Wenn er jedoch die Geschwülste des 3. und 4. Falles als Sarcocarcinome bezeichnet, so widersprechen dem die Befunde, welche uns von diesen Fällen in den vortrefflichen Untersuchungen von Gussenbauer[16] und Geber[17] vorliegen und welche unzweifelhaft darthun, dass es sich um melanotische Sarcome gehandelt hat. Gussenbauer spricht sich darüber folgendermassen aus: „Die Geschwülste waren melanotische Sarcome mit grossen runden und Spindelzellen, welche mit grossen Kernen und glänzenden Kernkörperchen versehen, verschieden angeordnet waren. Während die Spindelzellen meist parallel mit den Blutgefässen verliefen, waren die Rundzellen in den Maschenräumen derselben und der capillaren Blutgefässe gruppirt, so dass das Sarcom den alveolaren Typus annahm". Wenn ich mir ferner auf Grund meiner eigenen Untersuchungen, welche mit denen von R. W. Taylor[18] in so vielen Stücken übereinstimmen, ein Urtheil über die Natur der Geschwülste erlauben dürfte, welche er als Angiome bezeichnet hat, so müsste ich dieselben mit jenen, ausserordentlich stark entwickelte Gefässe zeigenden Warzen in Parallele bringen, von welchen ich oben gesprochen habe und die dem Sarcoma telangiectodes entsprechen würden, wofür auch die von Heitzmann ausgesprochene Ansicht reden würde.

Weniger Aufmerksamkeit haben die Autoren der anatomischen Untersuchung der übrigen Stadien der Krankheit geschenkt. Soweit aber solche vorliegen, wie in den Arbeiten von Geber und Gussenbauer, Taylor und Vidal-Leloir, differiren sie auch nur in solchen Punkten, die sich aus der Verschiedenheit des Stadiums erklären lassen, in welchem das Untersuchungsmaterial entnommen wurde. So hat auch Neisser die Sache aufgefasst, indem er eine resumirende Darstellung der Befunde gegeben hat. Da es mir

vergönnt war, das Material zur Untersuchung den verschiedensten Stadien zu entnehmen, finden fast alle Einzelbefunde der Autoren ihr Analogon. Es dürfte sich aber dadurch, besser als es bisher möglich war, ein Einblick in die gradatim vor sich gehenden Veränderungen der Haut von den einfachen Hyperämisirungen der Haut zu den Ectasien (Telangiectasien) und Pigmentablagerungen einerseits und zu den Atrophien und Geschwulstbildungen anderseits ergeben haben.

IV.

Von ausserordentlichem Interesse erscheint aber der anatomische Befund an den Pigmentflecken, wenn man ihn mit den Befunden vergleicht, welche sich bei den Epheliden, den Pigmentmalen und den melanotischen Warzen ergeben. Seit den Untersuchungen, welche Demiéville [19] im pathologischen Institute von Langhans in Bern über die Pigmentflecke der Haut angestellt hat, wissen wir, dass die früher gangbaren Anschauungen über dieselben in mehreren Punkten corrigirt werden müssen. Nach diesen Untersuchungen sind die Veränderungen in den gewöhnlichen Pigmentflecken eine „Kern- respective Zellinfiltration" im Corium und eine Pigmentablagerung im Rete und im Corium. Die Kernansammlung besteht aus „Nestern und Strängen", welche durch Infiltration der Adventitia der Blutgefässe gebildet werden. Die Gefässe zeigen constant eine Verdickung, ein Theil von ihnen obliterirt, ein anderer bleibt durchgängig, um diesen findet die Pigmentablagerung statt. Das Pigment zeigt im Corium die gleichen morphologischen Elemente wie im Rete. Die Erhabenheiten der Flecke sind durch die Zellinfiltration im Corium bedingt. Die Epheliden zeigen mikroskopisch nur Gradunterschiede von den angeborenen Lentigines, indem bei ihnen meist nur das Rete pigmentirt ist, aber immer eine, wenn auch sehr geringe Kerninfiltration der Gefässe des unterliegenden Coriums vorhanden ist. Es finden sich alle Uebergänge bis zu den dunklen Linsenflecken, von welchen einige „entschieden" das Bild eines alveolaren Pigmentsarcoms darbieten.

Ich finde diese Angaben vollkommen bestätigt. Vor mir liegt die Abbildung eines mikroskopischen Präparates aus einem etwa bohnengrossen Pigmentmale, welches ich vom Rücken eines 18jährigen blonden Mädchens abgetragen habe, und welches die nicht

allzuseltene Besonderheit darbot, dass es von einem, die Grösse des Males dreimal übertreffenden, pigmentlosen Hofe umgeben war. Dieses angoblich angeborene Mal, welches neben vielen anderen Pigmentmalen zum neuerlichen Vergleiche mit den pigmentirten Warzen der Barbara dienen sollte, zeigte diese Verhältnisse in so exquisiter Weise und bot mit dem Befunde der Pigmentwarzen von Fall 1 so viel Aehnlichkeit, dass die Analogie dieser Bildungen unzweifelhaft erscheint.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte stellen sich darnach die krankhaften Veränderungen der Haut bei unserem Leiden als Melanosen dar, wenn man diese Bezeichnung in dem Sinne fasst, wie ihn Virchow[20] in seinem Geschwulstwerke in einer für den Kliniker so praktischen Weise definirt hat, wenn man nämlich dieselbe einerseits „nicht auf blosse Hautfärbungen anwendet", andererseits „nicht auf die melanotischen Sarcome und Krebse ausdehnt".

Die Unterscheidung nach dem Sitze des Pigments im Rete Malpighii oder im Cutisgewebe, wie sie zuerst von G. Simon[21] gemacht wurde, ist freilich hinfällig geworden oder doch nur in relativer Weise verwerthbar, vielmehr kommt Alles darauf an, wie stark die kleinzellige Infiltration an und um die Gefässe entwickelt ist, von welchem Umstande es dann abhängt, ob man „Pigmentirung des Rete Malpighii" ohne „erhebliche" Veränderung der Cutis; Pigmentirung der Cutis ohne erhebliche Veränderung des Rete Malpighii und der Epidermis; Pigmentirung des Rete bei gleichzeitiger Pigmentirung der Cutis, welche ausserdem in Form eines Males, einer Warze u. s. w. angeschwollen sein kann, vorfindet. Auch noch in einem anderen Punkte erweist sich die grosse Verwandtschaft der Hautveränderungen bei dem uns beschäftigenden Leiden mit den Hautmelanomen im Sinne Virchow's, das ist, dass sie so häufig einen malignen Charakter annehmen und in Sarcome oder Carcinome übergehen, wobei sie gewöhnlich den melanotischen Charakter beibehalten.

Das Eigenartige bei der in Rede stehenden Melanose besteht, wie schon Kaposi hervorgehoben hat, in der Wandelbarkeit derselben, d. h., dass sie nicht wie bei den gewöhnlichen Melanomen für immer oder wenigstens für lange Zeit stationär bleiben, sondern einer Metamorphose ausgesetzt sind, durch welche sie einer-

seits zu immer höheren Graden hyperplastischer Processe fortschreiten, andererseits einer Rückbildung fähig sind, die mit der Atrophie des Theiles endet, an dem sie gesessen haben. Klinisch erweist sich der Vorgang von der gewöhnlichen Melanose dadurch abweichend, dass derselbe von gewissen Herden ausgehend, stätig in der Umgebung weiter fortschreitet, dass also die melanotische Erkrankung der Haut eine progressive ist.

V.

So aufgefasst verliert die Krankheit zwar nicht an Interesse, aber an der ihr bisher anhaftenden Absonderlichkeit und schliesst sich sehr wohl an pathologische Vorgänge an, die wir von anderwärts und auch von anderen Organen her kennen.

Ich will hier nur an die gleichartigen Erkrankungen der Pia mater erinnern und auf die Beziehungen hinweisen, welche zwischen den angeborenen Hautmelanomen zu den arachnoidalen bestehen, auf welche schon lange von pathologischen Anatomen, insbesondere von Virchow aufmerksam gemacht wurde. An der Pia mater, welche gleichfalls in einer gewissen Periode de norma Pigmentzellen enthält, kommt es ja auch zuweilen zu einer hyperplastischen Entwicklung, zur Zellinfiltration und Pigmentablagerung in diese Zellen. Wird die Zahl der zelligen Elemente sehr gross, sagt Virchow, und erreichen die einzelnen eine sehr beträchtliche Grösse, dann kommen wir in die Lage, dass man keine Grenze gegen die entsprechende Sarcomform aufstellen kann, während auf der anderen Seite die Uebergänge zu dem pigmentirten Bindegewebe so zahlreich sind, dass man unzweifelhaft nicht die ganze Erscheinung als sarcomatöse auffassen kann. Wie denn Virchow einen Fall beobachtet hat, wo alle Uebergänge von einzelnen zerstreuten und diffusen Färbungen zu geschwulstartigen braunen und schwarzen Knoten vorkamen.

Und in Rücksicht auf die Beziehungen dieser Melanome zu den Hautmelanomen verweise ich auf den Fall von Rokitansky[23] bei einem blödsinnigen 14jährigen Mädchen, welches ein ungeheures Pigmentmal über den ganzen Rücken und die Seitentheile des Rumpfes, sowie zahlreiche kleinere, wulstförmig vorspringende, braune Naevi an allen möglichen Theilen der Körperoberfläche hatte und gleichzeitig eine ausgedehnte schwarzbraune Färbung der Arachnoidea

cerebralis, leicht bräunliche Färbung der Nervenscheiden im Schädel und Rückgratskanal, sowie kleine, bis linsengrosse prominente Pigmentflecke am Ependym der Seitenventrikel und schwarze Färbung der Adergeflechte darbot. Die Beziehungen zwischen der Färbung der Iris, der Haar- und Hautfarbe habe ich auch für diagnostische Zwecke stets für so wichtig gehalten, dass diese Momente in den Krankengeschichten an der Klinik immer angeführt werden müssen.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass vorwiegend blonde, lichte Menschen die Lentigines darbieten. Aus einer grossen Zahl von Beobachtungen an Menschen, die ich nach dieser Richtung hin geprüft habe, hat sich jedoch ergeben, dass die intensivste Melanosenbildung sich bei solchen blonden meist rothhaarigen Individuen findet, deren Eltern, zumeist jedoch nur eines derselben, von dunkler Farbe sind. In diesen Fällen habe ich fast immer eine auffallende Incongruenz zwischen der Irisfarbe und der Haar- und Hautfärbung gefunden. Natürlich rechnen wir zu den Lentigines auch die Epheliden, die sogenannten Sommersprossen, wie das schon Hebra [24] gethan, der auch die Eintheilung in Lentigo perstans und L. ephelis nicht gelten lässt, weil, wie er sich in seiner drastischen Weise ausdrückt, L. ephelis, d. i. Pigmentirungen in Gestalt nadelkopf- bis linsengrosser gelber bis gelbbrauner Flecke, die nur im Sommer durch die Sonnenhitze entstehen würden, gar nicht existiren. Hebra glaubt, „die Ursache dieser punktförmigen Pigmentflecke (Ephelides, Sommersprossen) eher in einer ursprünglichen krankhaften Anlage suchen zu sollen, welche gewiss nicht ihrer anatomischen Grundlage entbehren wird". Hebra weist diesbezüglich auf die im Thierreiche so häufigen Scheckenbildungen hin und stellt die Lentigines an Wesen und Bedeutung den Scheckenbildungen bei Thieren analog. Diese Analogie muss sich in der That Jedem aufdrängen, der dieser Sache einige Aufmerksamkeit geschenkt hat und es zeigt nur für die gewaltige Intuition Hebra's, obwohl er hier den Einfluss „des Lichtes, der Luft etc." gewiss unterschätzt hat und obwohl ihm die Vorgänge bei der Ablagerung des Pigments unbekannt waren, welches er in „physiologischen oder pathologischen Zuständen" nicht in Zellen, sondern als „auf Epidermiszellen aufliegende Pigmentmolekeln" und darum „immer mechanisch an das Horngewebe

gebunden" erachtet. Jetzt, nachdem uns die anatomischen Verhältnisse klarer geworden sind, ist die Analogie zwischen der menschlichen Melanose und der bei Thieren insbesondere der Melanosenbildung bei Pferden nicht zu verkennen.

Leider wird in der Thierheilkunde, und zwar hier noch viel weniger, die Begrenzung des Begriffes Melanose nicht stricte eingehalten. Immerhin aber haben die modernen Forscher auf diesem Gebiete, z. B. Bruckmüller[25], die Melanosarcome und Melanocarcinome von jenen gutartigen pigmentirten Hyperplasien getrennt, die sie als Melanose bezeichnen und deren Befunde mit den beim Menschen vorkommenden Melanosen so gut übereinstimmen. Auch bei Pferden finden sich die Melanosen vorwiegend, wenn auch nicht ausschliesslich, bei weissen Thieren oder Schimmeln, und zwar vorzüglich bei solchen, welche nicht weissgeboren sind und in manchen Gestüten geradezu gezüchtet werden. Dass hier hereditäre Verhältnisse mitspielen, ist eine allgemein angenommene und bekannte Sache. Die Lippizáner Pferde, aus dem österreichischen Gestüte zu Lippiza, meistens Schimmel, welche von arabischen Hengsten und spanischen Stuten (einer ursprünglich schwarzen oder dunkelbraunen Race mit wenig Abzeichen) abstammen, (Müller[26]) bieten, wie mir Thierärzte sagen, die Melanosenbildung sehr häufig dar.

Wegen des überwiegend häufigen Vorkommens der Melanose bei solchen Thieren sind fast alle Thierärzte der Ansicht, dass die Ursache derselben in einem „Missverhältniss der Erzeugung zu der Ausscheidung des Pigments" (Hertwig[27], Fuchs[28]) zu suchen ist, dass der Pigmentdefect der Haare als ursächliche Bedingung des Pigmentexcesses an anderen Stellen aufzufassen ist. Von anderer Seite wird dem jedoch widersprochen. So sagt der erfahrene Pathologe Bruckmüller[29]: „Irrthümlich scheint hierbei die Ansicht zu sein, dass die Melanosenbildung durch die weisse Farbe der Haut bedingt sei, denn nicht nur Schimmel sondern auch Braune und Füchse werden nach meinen Erfahrungen von Melanomen befallen; bei weissen Hunden hat noch Niemand Melanosen beschrieben, wohl aber sind Melanosen bei anders gefärbten Hunden von mir zu wiederholten Malen gesehen worden". Allein auch Bruckmüller gibt zu, dass weisse und graue Pferde orientalischer Abstammung viel häufiger von Melanosen befallen wer-

den, wie es überhaupt bei diesen Thieren viel mannigfaltigere Farben-Spielarten gibt. Wie dem immer sein mag, es wird bei dem Studium dieser Frage Alles darauf ankommen, dass man bezüglich der Abstammung die sorgfältigsten Erhebungen pflegt.

Auch beim Menschen gibt es Verhältnisse, welche dieser Auffassung günstig sind. Abgesehen von dem oben angeführten Falle eines Naevus mit weissem pigmentlosem Hofe, der sich von der übrigen, wenn auch blonden Haut scharf abgehoben hat, habe ich ähnliche Verhältnisse von Pigmentanhäufung an umschriebener Stelle mit absolutem Pigmentmangel in der Umgebung wiederholt gesehen. Freilich handelt es sich da immer um Zustände, die als angeborene bezeichnet wurden.

Die Verhältnisse bei unseren drei Fällen sind ganz darnach angethan, einer solchen Hypothese das Wort zu reden und stehen in guter Uebereinstimmung mit den früher angegebenen Vorkommnissen bezüglich der stationären Melanosen (Lentigines) beim Menschen. Auch hier handelt es sich in jedem Falle um blonde Kinder dunkelgefärbter Eltern, bei welchen, wie in allen bisher bekannt gewordenen Beobachtungen dieser progressiven Melanose eine angeborene Disposition zu ihrer Entwicklung angenommen werden muss. Leider haben die anderen Beobachter diesem Umstande keine Aufmerksamkeit geschenkt und das Colorit der Iris und der Haare bei den Eltern nicht angegeben, ja selbst bezüglich der Kranken entweder gar nicht oder nur ungenügend berücksichtigt.

VI.

Wenn ich nun in Berücksichtigung aller in der Literatur bekannt gewordenen Beobachtungen und auf Grund meiner eigenen Untersuchungen daran gehe, die Pathogenese dieses interessanten Krankheitsprocesses zu besprechen, so habe ich zunächst die Annahme zurückzuweisen, dass es sich dabei um eine constitutionelle Anomalie des Gesammtorganismus handelt. Weder die Eltern, noch die Kranken selbst boten irgend welche Erscheinungen dar, auf welche eine solche Annahme basirt werden konnte. Weder Syphilis, noch Tuberculose, noch Alcoholismus sind bei den Kranken oder deren Eltern nachweisbar gewesen, auch kein Leiden des centralen Nervensystems ist hier in Anspruch zu nehmen. Der angeborene Blödsinn in den Fällen von Kaposi und Neisser

scheint mit dem Leiden in keinem Zusammenhange zu stehen. Vielmehr handelt es sich fast immer um geistig und körperlich gut entwickelte, kräftige, gut genährte Individuen, deren Allgemeinbefinden keine Störungen darbietet, deren Existenz durch die Krankheit nicht bedroht, ja nicht einmal wesentlich behelligt wäre (Stenosis der Ostien, Ectropie der Lider), wenn nicht gewisse, gleichfalls consecutive Zustände hinzutreten würden, welche oft genug aus viel geringfügigeren Localprocessen ähnlicher Art hervorgehen, ich meine die Sarcomatose und Carcinomatose, und in deren Gefolge sich deletäre Zustände einstellen würden.

Alles spricht dafür, dass es sich um ein örtliches Leiden der Haut und gewisser benachbarter Schleimhäute handelt (s. den Fall 5 von Vidal und Fall 1 und 2 von mir), dass wir es also mit einer Dermatose κατ' ἔξοχγν zu thun haben. Nachdem fast immer (die Fälle von Heitzmann und Duhring bilden noch Ausnahmen) mehrere Kinder einer Familie von der Krankheit befallen werden, nachdem die Krankheit fast immer im frühesten Kindesalter zur Entwicklung kommt, sind wir vollkommen berechtigt, für diese Dermatose eine angeborene Disposition der Haut anzunehmen, eine Annahme, die um so berechtigter ist, als wir ähnlichen Verhältnissen auch bei anderen localen Hautleiden begegnen, wie z. B. bei der Ichthyosis, auf die Vidal passend hinweist und die Lentigines und Naevi, die mit unserer Krankheit, wie ich oben erörtert habe, so nahe Verwandtschaft darbieten. Ob die Krankheit hereditär ist, lässt sich bis jetzt nicht bestimmen. Diese Disposition bezieht sich gewöhnlich nur auf die Kinder von gleichem Geschlechte. Ausnahmen hievon beobachteten, wie schon erwähnt, Kaposi und ich.

Vermöge dieser eigenartigen Disposition erweist sich die Haut gegen gewisse Reize, welche auch bei sonst nicht belasteten Individuen analoge krankhafte Veränderungen herbeiführen, ausserordentlich empfindlich und beantwortet dieselben mit einer Reihe pathologischer Vorgänge, welche sich zuerst an den capillaren und kleinsten Gefässen der obersten Schichten der Haut abspielen und sich makroskopisch durch eine mehr weniger umschriebene Röthung und Ektasirung der Gefässe zu erkennen geben, mikroskopisch auch eine Zellwucherung in den Gefässwandungen und deren Umgebung nachweisen lassen.

An diese mehr oder weniger ausgesprochenen Vorgänge schliesst sich, bis auf einzelne wenige Stellen, die **Ablagerung eines Pigments** von derselben Art, wie es den Organen auch physiologisch zukommt und diese Ablagerung geschieht anfangs am stärksten in jenen Zellen, die physiologisch dazu disponirt sind, später aber vorwiegend in den neugebildeten Zellen. In dem Masse, als das angehäufte Pigment die makroskopisch wahrnehmbaren Erscheinungen deckt, treten die Pigmentirungen in Form von verschieden grossen und verschiedenfarbigen Pigmentflecken in den Vordergrund. Von der Mächtigkeit der Zellwucherung hängt es ab, ob die Pigmentablagerung in glatten, flachen oder elevirten, warzenförmigen Herden vor sich geht (Lentigo, Naevus lenticularis, Melanosis). Inwiefern der Pigmentdefect in dem Colorit der Haut, der Haare, der Iris, bei den Kindern, gegenüber der Färbung bei den Eltern hierbei eine Rolle spielt oder gar disponirend auf die Hautveränderungen einwirkt, wage ich aus den oben angeführten Momenten nicht weiter zu erörtern.

Unter den Hautreizen, welche bei den zur Krankheit disponirten Individuen dieselbe hervorzurufen im Stande sind, lässt sich mit Bestimmtheit nur der Einfluss des Lichtes, (Conjunctiva) der Luft, der Wärme (strahlende Wärme der Sonne, Neisser) anführen, nachdem bei allen Kranken das Leiden zuerst an jenen Stellen aufgetreten ist, welche von sie schützenden Kleidungsstücken entblösst bleiben, wie das Gesicht, die Hände und ein Theil der Vorderarme und bei Leuten, welche barfuss gehen, die Fussrücken und Unterschenkel.

Man kann den Einfluss, welchen solche Schädlichkeiten auf die Haut ausüben, nicht hoch genug anschlagen, die Reaction aber, welche auf die Einwirkung derselben erfolgt, hängt, abgesehen von der Grösse des Reizes, jedenfalls von der individuellen, angeborenen oder erworbenen Beschaffenheit der Haut, vorwiegend der Gefässwände (der Vasomotoren?) ab. Ich kenne einen sicher constatirten Fall von **Sclerodermie**, bei welchem die ersten Erscheinungen unmittelbar auf eine Insolation aufgetreten sind. Der Fall betrifft einen Collegen, einen Regimentsarzt, welcher, vorher vollkommen gesund und ohne jede vorausgegangene Hauterkrankung, unmittelbar nach einem mehrstündigen Uebungsmarsche seiner Truppenabtheilung, während welcher er einer sengenden Sonnenhitze ausgesetzt war, bei seiner

Rückkehr in die Wohnung von seiner Frau auf das auffallende braun- und weissgefleckte Aussehen seiner Gesichtshaut aufmerksam gemacht wurde, wo sich ihm selbst das Gefühl der Spannung und des Brennens kundgab. Von diesem Augenblicke an entwickelten sich die typischen Erscheinungen des Sclerems, die nun eine grosse Ausdehnung gewonnen haben und den Kranken zwangen aus dem Militärdienste auszutreten. Ich erwähne diesen Fall, weil ja zwischen dem Sclerem und unserer Melanose gewisse Analogien vorhanden sind. Aber es unterliegt keinem Zweifel, dass auch andere Schädlichkeiten den gleichen Effect herbeiführen können.

Auf dieser Entwicklungsstufe entzündlicher Hyperplasie angekommen, kann nun jeder einzelne Krankheitsherd zweierlei Wandlungen durchmachen. Eine grosse Zahl der Herde verfällt der Resorption, als deren Resultat makroskopisch die weissen Narbenflecke und Streifen hervorgehen, mikroskopisch sich eine vorwiegend das Pigment und den bindegewebigen Antheil der Haut sowie ihrer Einlagerungen betreffende Atrophie ergibt. Eingeleitet wird die Atrophie durch die allmähliche Verödung einer grösseren Zahl von Gefässen in Folge der Wucherung in den Wandungen.

Bei einer anderen Zahl von Herden prävalirt im Gegentheile die Hyperplasie und nun kommt es zu umfangreichen Geschwülsten, welche zumeist den melanotischen Charakter beibehalten und endlich wahre Sarcome und Carcinome darstellen.

Letztere sind seltener auf diese Weise zu Stande gekommen, vielmehr entwickeln sie sich gerade an jenen Stellen, an welchen die bindegewebige Atrophie eingetreten ist, offenbar in Folge des Uebergewichtes, welches die Epitheldecke gegenüber der atrophirenden Bindegewebsunterlage gewinnt, insbesondere dort, wo schon früher, wie oben erwähnt wurde, zapfenförmige Epithelfortsätze vorhanden waren; Vorgänge welche ihr Analogon in den senilen Veränderungen der Haut finden.

Je nachdem nun in der retrograden Metamorphose der Einzelherde der Process der Atrophie oder der Hyperplasie die Oberhand gewinnt, wobei stets im Auge behalten werden muss, dass es keinen Fall gibt, in dem nicht beide Vorgänge wenigstens im leichten Grade vorhanden waren, erhält man nach langem Bestande der Krankheit verschiedene Krankheitsbilder.

Zufällig waren die ersten zwei Fälle, welche Hebra zur

Beobachtung kamen und welche Veranlassung zur Beschreibung und Benennung dieser Krankheit gegeben haben, solche, bei welchen die Rückbildung in Atrophie einen hohen Grad erreicht hat und diesem Umstande ist es zuzuschreiben, dass Hebra-Kaposi bei der Schilderung dieses Krankheitsprocesses die atrophischen Zustände der Haut in den Vordergrund stellten und den anderweitigen, namentlich den Anfangsstadien der Krankheit nicht die nöthige Würdigung angedeihen lassen konnten. Wie sich denn auch Kaposi's anatomische Untersuchungen auf den Nachweis des Carcinoms beziehen, während die späteren Autoren, wie vorzüglich Geber und Gussenbauer auch Taylor und Vidal etc., auf die früheren Stadien zurückgreifen, weil in ihren Fällen die Atrophie in den Hintergrund trat, wenigstens nicht so sehr dominirte. Da ich in der Lage war diesen ersten Hebra'schen Fall zu sehen, begreife ich den Hergang der Sache sehr wohl.

Dieser erste Fall Kaposi's befand sich in Hebra's Behandlung und Hebra war es, der mir denselben zeigte. Bei dieser Demonstration machte mich Hebra auf die Aehnlichkeit des Aussehens der Haut mit der Sclerotica aufmerksam und bezeichnete den Zustand als eine Art Sclerodermie. Und damit komme ich zur Besprechung der gegenwärtigen Nomenclatur.

Bevor ich jedoch an diese Schlussbetrachtung gehe, habe ich noch in Kürze der Prognose und Therapie dieser Krankheit zu erwähnen. In ersterer Beziehung stimme ich mit Taylor überein, dass nicht alle Fälle einen malignen Charakter an sich tragen und dass in solchen Fällen geeignete Schutzmassregeln, in früherer Zeit angewendet, der Weiterverbreitung der Krankheit Einhalt thun könnten. Selbst eine frühzeitige operative Beseitigung der warzenförmigen Pigmentmale dürfte bei dem benignen Charakter derselben (s. meinen Fall 1 die Operation der Geschwulst am Auge betreffend) die Prognose günstiger gestalten. Jedenfalls beweist das Alter mancher zur Beobachtung gekommenen Fälle, dass die Krankheit auch einen gutartigen Verlauf nehmen könne.

Die Gefahren für den Kranken entstehen erst aus der consecutiven, allerdings in dem Wesen der Krankheit begründeten malignen Geschwulstbildung. Der Ausgang in Carcinomatose ist freilich fatal, da es hier bei der Multiplicität der Herde sehr bald zu einer deletären Krebscachexie kommt. Einen wenn auch schwachen

Schimmer von Hoffnung hätten wir bei Sarcomatose in der methodischen Darreichung von Arsen innerlich oder in subcutanen Injectionen zu suchen, nachdem Köbner[30] in einem Falle von multipler (allerdings nicht melanotischer) Sarcomatose einen so glänzenden Heilerfolg mit subcutanen Injectionen erzielte und ich selbst in einem ähnlichen Falle, wenn auch nur vorübergehend, unter der Arsenbehandlung die Sarcome sich rückbilden sah. Da ich meine Fälle nicht aus dem Auge lasse, werde ich, wenn möglich, später einmal darüber berichten.

VII.

Was nun die Benennung der Krankheit betrifft, so ist die Hebra-Kaposi'sche Bezeichnung Xeroderma von allen späteren Autoren mit Recht verworfen worden.

Die Bezeichnung war in doppelter Beziehung eine recht unglückliche. Da sie so viel wie trockene Haut bedeutet, ein Zustand, der auf mangelhafte Secretion der Talg- und Schweissdrüsen hinweist, so imputirt sie der Krankheit ein Symptom, das ihr in keiner Weise zukommt, anderseits ist aber diese Bezeichnung für einen solchen Zustand der cutanen Hyposecretion in allgemeiner und zweckentsprechender Verwendung und darf schon deshalb nicht für eine Krankheit verwendet werden, die zu diesen Zuständen ausser aller Beziehung steht.

Die Bezeichnung Liodermia essentialis, wie sie Auspitz[31] für diese Krankheit vorgeschlagen hat, ist gleichfalls unter dem Eindrucke gewählt worden, den die Beschreibung der ersten Fälle hervorgerufen hat. In Folge dessen sah sich Auspitz veranlasst, die Krankheit mit der Glanzhaut, der glossy skin der englischen Autoren, in Parallele zu bringen, für welche letztere er den sehr passenden und zweckmässigen Namen Liodermia (λεῖος glatt) neuritica vorgeschlagen hat. Für die in Rede stehende Krankheit passt er nicht und würde für einzelne Fälle mindestens etwas ebenso „Nebensächliches" bezeichnen, wie der von Taylor gewählte Name Angioma pigmentosum, welchen Auspitz aus diesem Grunde zurückweist. Ueberdies habe ich gezeigt, wie man die Angiome von Taylor aufzufassen hätte.

Das Ungenügende der Auspitz'schen Bezeichnung hat des-

halb auch Neisser dargethan und sich genöthigt gesehen, derselben noch einige Epitheta beizufügen.

In geistreicher Art hat sich E. Vidal geholfen, der den Knoten zwar nicht gelöst aber doch zerhauen hat, indem er die Bezeichnung „Dermatosis Kaposi" anwendete. Die Sitte der Bezeichnung einer Krankheit nach dem Namen eines Autors, der sich zuerst um das Studium derselben grosse Verdienste erworben hat, hat sich in der Medizin vielfach eingebürgert und sie ist gewiss dort am Platze, wo eine zweckmässige, das Wesen der Krankheit betreffende Bezeichnung noch nicht möglich ist. Sie präjudicirt eben nicht, weil sie nichtssagend ist. Obwohl ich mir nicht einbilde, mit der von mir gewählten Bezeichnung das Ideal einer solchen erreicht zu haben, so halte ich doch dieses Auskunftsmittel einerseits für unnöthig, andererseits auch für ungerecht.

Ich wäre der Letzte, der Kaposi's Verdienste um die Bereicherung unserer Kenntnisse über diese Krankheit nicht in vollem Masse anerkennen wollte, allein das Verdienst, die Krankheit zuerst beobachtet und individualisirt zu haben, gebührt Hebra, unter dessen Redaction auch die erste Publication erfolgte. Wollte man also die Methode Vidal's anwenden, so müsste man die Krankheit Dermatosis Hebrae benennen.

Indem ich mich der Hoffnung hingebe, dass es mir durch meine Auseinandersetzungen gelungen ist, die Krankheit ihrer Absonderlichkeit zu entkleiden und sie in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung auf eine gemeinsame Basis mit einer Reihe von Processen zu stellen, für welche wir schon geläufige und wohl definirte Bezeichnungen besitzen, die auch hier passende Anwendung finden, halte ich ein solches Auskunftsmittel für unnöthig und benenne sie, aus Gründen die sich aus eben diesen Auseinandersetzungen von selbst ergeben, mit dem Namen: „Melanosis lenticularis progressiva".

Literatur.

[1] Kaposi (Moriz Kohn): in Hebra's Lehrbuch des Hautkankheiten §. 511—515.

[2] Kaposi: Xeroderma pigmentosum. Wiener med. Jahrbücher 1882 p. 619.

[3] Geber: Ueber eine seltene Form von Naevus der Autoren. Diese Vierteljahresschrift 1874.
[4] R. W. Taylor: Trans. Amer. Dermat. Assoc. 1878.
[5] H. Auspitz: System der Hautkrankheiten 1881.
[6] A. Neisser: Ueber das Xeroderma pigmentosum (Kaposi), Liodermia essentialis cum Melanosi et Telangiectasia. Diese Vierteljahressch. 1883.
[7] E. Vidal: De la dermatose de Kaposi. Annales de Dermat. et de Syphiligr. 1883 p. 621.
[8] C. Gussenbauer: Ueber die Pigmentbildung in melanot. Sarcomen etc. Virchow's Archiv Bd. 63.
[9] Neisser: l. c.
[10] E. Vidal: l. c.
[11] Kaposi (Moriz Kohn) l. c. p. 182.
[12] Kaposi l. c. p. 629.
[13] Glax, Allgem. Wiener med. Zeitung 1874 Nr. 35.
[14] E. Wilson: On diseases of the skin 1867 u. Lectur. on Dermat. 1871.
[15] E. Vidal: l. c. p. 642.
[16] Gussenbauer: l. c.
[17] Geber: l. c. p. 7.
[18] Taylor: l. c.
[19] Paul Demiéville: Ueber die Pigmentflecke der Haut. Virchow's Archiv Bd. 81.
[20] Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. Bd.
[21] G. Simon: Die Hautkr. durch anat. Untersuchungen erläutert. 1851.
[22] Virchow: l. c. p. 120.
[23] Rokitansky: Allg. Wiener med. Zeitung 1861 Nr. 15, cit. n. Virchow l. c. p. 122.
[24] Hebra: Lehrbuch. II. Th. p. 6 u. 14.
[25] Bruckmüller: Lehrbuch der patholog. Zootomie 1869.
[26] Müller: Lehre vom Exterieur des Pferdes 1875.
[27] Hertwig: Prakt. Handbuch der Chir. f. Thierärzte.
[28] Fuchs: Pathol. Anatomie der Haussäugethiere.
[29] Bruckmüller: l. c.
[30] H. Köbner: Berliner Klin. Wochenschrift 1883.
[31] H. Auspitz: l. c. p. 88 u. 100.

Erklärung der Tafeln.

Taf. I. Portrait der Barbara aus dem Jahre 1880.
Taf. II. Abbildung der Unterextremitäten der Barbara.
Taf. III. Portrait der Anna.
Taf. IV. Portrait des Josef.

Taf. I.

Zur Kenntniss des Pigmentes im menschlichen Haar.

Mittheilung aus der dermatologischen Klinik des Prof. Kaposi in Wien.

Von **Dr. Gustav Riehl,** Assistent.

(Hiezu Tafel V.)

Die zahlreichen Variationen in der Färbung des menschlichen Haares sind der Hauptsache nach durch den wechselnden Pigmentgehalt der Haarrinde bedingt.

Es spielen allerdings auch andere Momente bezüglich der Haarfarbe eine gewisse Rolle, welche aber im Vergleiche mit der Bedeutung des Pigmentes als nebensächlich bezeichnet werden müssen.

So ist die Eigenfarbe der die Haarrinde zusammensetzenden Hornzellen, der Grad der Befettung der Oberfläche, der mehr minder reichliche Lufteinschluss etc. nur unter gewissen Umständen von Bedeutung. Ebenso kann den Schwankungen in der Structur des Haarmarkes einerseits wegen der tiefen Lage desselben, andererseits wegen des inconstanten Vorkommens und der Vertheilung des Markes wenigstens beim menschlichen Haare nur geringer Einfluss auf die Haarfarbe beigemessen werden.

Mit Uebergehung aller dieser Factoren wollen wir uns hauptsächlich mit dem Pigmente der Haarrinde beschäftigen.

Die Ansichten der älteren Autoren[1]), welche die Färbung durch im Haarcanal enthaltene Säfte (Malpighi'sches bituminöses Oel, Vauquelin) u. a. erklärten, wurden durch Rudolphi verdrängt, der zuerst das Pigment als das massgebende Färbemittel erkannte.

---

[1]) Vide: Die Lehre von den Haaren etc. von Dr. Burkhard Eble 1831. Rendiconti della R. Accad. delle scienze matematiche e fisiche 1877.

Seit Kölliker unterscheidet man allgemein körniges und gelöstes, mit den Haarrindenzellen verbundenes Pigment, auf deren beider Rechnung nach Kölliker zunächst die Farbe der Rinde zu setzen ist, während ihr gegenseitiges Verhältniss in den meisten Fällen als schwankend angenommen wird. Boccardi und Arena nehmen zwei Pigmente an und erklären sich die Entstehung des körnigen Pigmentes durch Verdunstung und Austrocknen des gelösten. Diese Ansicht widerlegt Waldeyer[1]) durch den beweisenden Einwand, dass schon in den Bildungszellen der Haarrinde körniges Pigment vorgefunden wird. Nach Waldeyer's Erfahrung liegt das Pigment beim Menschen in den Zellen der Haarrinde.

Die Untersuchung der Haare ergibt nach den übereinstimmenden Angaben aller neueren Beobachter, dass das Pigment zunächst in den Matrixzellen der Haarrinde auftritt, so dass der Ausdehnung dieser Fusszellen entsprechend die pigmentführende Schichte die obere Hälfte der Papille einnimmt und die letztere bis nahe an den Papillenhals bedeckt.

Diese Schichte endet scharf begrenzt unter der grössten Circumferenz der Papille an der Stelle, wo die Matrixzellen der Cuticula sitzen. Diese sind pigmentfrei und auch die weiterfolgenden Schichten der inneren und äusseren Wurzelscheide führen wie ihre Matrixzellen kein Pigment. Aus den Fusszellen der Haarrinde gelangt das Pigment beim Wachsen der Haare allmählich in die oberen verhornenden und langgestreckten Zellen der Haarrinde. Ueber die Art, wie das Pigment in den Matrix- und Rindenzellen vertheilt ist, ob in den Zellkörpern selbst, oder in den Zwischenräumen derselben, und über die Quelle, woher, und den Weg, auf welchem das Pigment in die Matrix selbst gelangt, finden wir in der Literatur nur spärliche Angaben.

Kölliker bringt in seinem Handbuch der Gewebslehre Abbildungen von pigmentirten Matrixtheilen und beschreibt Zellen aus einer gefärbten Zwiebel mit Pigmentkörnchen und etwas verdecktem Kern und aus einem weissen Haare mit deutlichem Kern und wenig Körnchen.

---

[1]) Atlas der menschlichen und thierischen Haare etc. Lahr 1884.

v. **Ebner**[1]) erwähnt bei Besprechung des Haarwechsels: „Die Pigmentzellen können nur von der Papille stammen, da in der Regel kein anderer epithelialer Theil des Haarbalgs Pigmentzellen führt. — Nur ausnahmsweise findet sich bei schwarzhaarigen Individuen Pigment in den Zellen der äusseren Wurzelscheide ganz am Grunde des Haarbalgs“.

Unna[2]) schreibt: „Eben so scharf ist die Abgrenzung gegen die Matrix des eigentlichen Haares, indem die hier vorkommenden Cylinderzellen gelbbraun gefärbt sind und bei der Anwesenheit von Pigment in körnigen Pigmentscheiden stecken. Es ist eine merkwürdige Thatsache, dass hier das Pigment eine vollkommen scharfe Grenze bewirkt. Niemals findet sich eine Spur von Pigment zwischen den Mutterzellen des Oberhäutchens eingestreut“, und in einer Anmerkung: „Ich kann hier die Bemerkung nicht unterdrücken, dass mir bei weitem das meiste Haarpigment zwischen den Haarzellen zu sitzen scheint, was um so deutlicher hervortritt, je dünner die Schnitte ausfallen. Damit soll nicht bestritten werden, dass weiter oben im Schaft und bei stärkerer Pigmentirung das Pigment seinen Weg in die Zellen selbst finden mag“.

Waldeyer[3]) dagegen gibt einer anderen Ansicht Ausdruck in den folgenden Sätzen: „Wenn ich vorhin behauptete, dass das körnige Pigment in den Zellen, beziehungsweise Fasern der Haarrinde liege, so wird diese Meinung keineswegs von Allen getheilt; so sprechen sich neuerdings wieder **Mökly** und **Unna** dahin aus, dass es zwischen den Rindenzellen gelegen sei. So viel ist indessen sicher, dass dasselbe am unteren, noch weichen Haarende in den Bildungszellen der Rinde gelegen ist. Weiter nach oben können infolge der weitgehenden Metamorphosen, welche diese Bildungszellen durchzumachen haben, leicht wohl einzelne Pigmentkörnchen zwischen dieselben gelangen . . . “.

„Die Abstammung dieses Pigmentes ist uns noch ein Räthsel, welches um so mehr zur Lösung auffordert, als seine Menge, Fär-

[1]) Mikroskopische Studien über Wachsthum und Wechsel der Haare, p. 273. Archiv f. mikrosk. Anatomie 1868.

[2]) Beiträge zur Histologie und Entwicklung der menschl. Oberhaut. Archiv f. mikrosk. Anatomie 1876.

[3]) L. c.

bung und sonstige Beschaffenheit mit einer grossen Constanz sich vererbt, selbst in feineren Nuancen, als wir bestimmte Einflüsse der Umgebung auf die Pigmentirung, auf die Färbung des Haarkleides vieler Thiere zu erkennen vermögen, als Geschlechts- und Alterseinflüsse offenbar hier wirksam sind".

Meine eigenen Untersuchungen, zu welchen ich durch einen zufälligen Befund beim Studium des Haarwechsels veranlasst wurde, haben mich zu einem Resultate geführt, für welches ich zwar vorläufig nicht Allgemeingiltigkeit beanspruchen kann, da ich bisher nur Kopf-, Bart- und Lidhaare des Menschen in den Kreis derselben gezogen habe, das aber immerhin geeignet ist, wenigstens für die erwähnten Regionen das Verhalten des Pigmentes aufzuklären.

Auf Querschnitten durch die Papille in ihrer grössten Circumferenz findet man bei im Wachsthum begriffenen Haaren in dem Papillargewebe eingeschoben unregelmässig gestaltete Zellen mit körnigem und stark pigmenthaltigem Protoplasma ohne deutlichen Kern. Die Zellen haben theils rundliche, theils spindelförmige Gestalt oder zeigen ganz unregelmässige Contouren, pigmentirte Wanderzellen. Ihr Pigmentgehalt schwankt ziemlich bedeutend in den verschiedenen Zellen und auch in einer Zelle selbst kann man einen Pol stärker pigmentirt finden.

An einzelnen Schnitten findet man derartige „Pigmentzellen" bis an die Matrixzellen der Haarrinde vorgerückt, flach an der Basis derselben anliegend, und kann besonders an dünnen Schnitten faden-, kolben- und keulenförmige Ausläufer zwischen die Matrixzellen selbst hineinragen sehen, so dass an stark pigmentirten Haaren die einzelnen Zellen der Matrix durch feine Pigmentscheiden von einander geschieden scheinen.

Diese Fortsätze dringen aber auch zwischen die über den Matrixzellen liegenden Zellen ein und können die Länge von 2 bis 4 Zellen-Durchmessern erreichen. Man sieht Pigmentzellen, die 3—5 derartige Ausläufer in die Interstitien der Epithelzellen abgeben und deren Körper selbst auf ein Minimum reducirt erscheint. Die Fortsätze zeigen sehr verschiedene Form und Dimensionen; mit H 8 eben sichtbare Fädchen, mit oder ohne kugelig aufgetriebenem Ende, wechseln mit Ausläufern von Zellkerndicke und unregelmässig knotigem Aussehen ab.

Auf Längsschnitten findet man in den unteren Zellenlagen und in der Matrix ganz analoge Bilder. Untersucht man den Haarschaft an einer höher gelegenen Stelle, z. B. in der Höhe, in welcher die Huxley'sche Schichte schon verhornt ist, so findet man von den beschriebenen Pigmentzellen und Ausläufern nur mehr spärliche Reste in Gestalt von kurzen pigmenthaltigen Fäden zwischen den Haarzellen eingeschoben, dagegen tritt an der Mehrzahl der noch nicht völlig verhornten Haarrindenzellen Pigment im Protoplasma auf, die Kerne sind ausnahmslos frei davon.

Das Protoplasma solcher Zellen enthält feinste Pigmentkörnchen, welche in der Zone um den Zellkern dicht gedrängt, im übrigen Zellkörper aber unregelmässig vertheilt erscheinen, so dass der Zellkern durch seine Farblosigkeit scharf gegen das Protoplasma sich abhebt.

Isolirt man durch Kochen in Alkalien die fasrigen Zellen eines pigmentirten Haares, so kann man diese Art der Pigmentvertheilung an allen Zellen nachweisen, besonders schön an den jüngeren derselben, in welchen der Kern noch deutlich sichtbar ist.

In den älteren, mehr verhornten Zellen präsentirt sich die Färbung mehr diffus und lassen sich Pigmentkörnchen manchmal in Häufchen zusammengedrängt nachweisen. Es scheint, dass an solchen Zellen das Pigment mit der Hornsubstanz völlig verschmolzen, gleichsam gelöst sich vorfinde.

Auch über die Art, wie das Pigment aus den verästigten Wanderzellen und deren Ausläufern in die Epithelien gelangt, geben dünne Quer- und Längsschnitte an Kopf- und Barthaaren Aufschluss. Verfolgt man die Fortsätze von Pigmentzellen, so wird man häufig solche finden, deren gegen den Zellleib gekehrtes Stück völlig scharf contourirt und gegen die hellen Epithelien scharf abgesetzt ist, während ihr Ende undeutlich markirt entweder durch einen blassen Saum angedeutet oder ganz unkenntlich ist; in der Umgebung solcher Fortsätze findet man jedesmal im Protoplasma der Haarrinde Zellen, diffuse gelbbraune Färbung und Pigmentkörnchen in grösserer oder geringerer Zahl und oft nur an der dem Fortsatz zugekehrten Fläche angehäuft, so dass man den Eindruck gewinnt, als wäre der Fortsatz zerflossen und von den Epithelzellen aufgenommen worden. Diese Bilder erinnern lebhaft an die Art, wie Amöben Farbkörnchen aus dem umgebenden Wasser

in ihren Protoplasmaleib aufnehmen. Ob bei diesem Uebergange des Pigmentes in die Epithelzellen auch das Protoplasma der Pigmentzellen mit aufgenommen wird, oder ob letzteres zurückbleibt, muss ich vorläufig unentschieden lassen, da es mir bisher nicht gelungen ist, zwischen den älteren Haarrindenzellen ungefärbte Wanderzellen oder deren Reste aufzufinden. Ebensowenig konnte ich freies Pigment an irgend einer Stelle des Haares zwischen den Zellen mit Sicherheit nachweisen.

Nach meiner Erfahrung erscheint das Haarpigment immer an Zellen gebunden, und zwar in der Papille und der Matrix grösstentheils in Wanderzellen, in den verhornenden und verhornten Rindentheilen immer mit dem Protoplasma der Epithelzellen vereinigt.

Besonders schön kommen die beschriebenen Bilder an Haaranlagen zur Beobachtung.

Die beiden Zeichnungen — von Dr. med. C. Henning nach meinen Präparaten angefertigt — zeigen Quer- und Längsschnitt von solchen mit Pigmentzellen in der Papille und Haarwurzel und den erwähnten Fortsätzen und Uebergangsformen.

Der Querschnitt ist der Kopfhaut eines neugeborenen Kindes, der Längsschnitt der Kopfhaut einer circa 30jährigen in der Reconvalescenz nach Typhus verstorbenen Frau entnommen. Die Präparate wurden in Alkohol gehärtet, die Schnitte in Fuchsin gefärbt und in Damarlack aufbewahrt.

Untersucht man Hautstücke mit im vollen Wachsthum begriffenen pigmentirten Haaren oder im Haarwechsel begriffene Stellen brünetter Individuen, so findet man nicht selten in den Papillen der Haare und Haaranlagen zahlreiche Pigmentzellen und kann solche dem Laufe der Gefässe folgend auch im tieferen Gefässstratum der Cutis nachweisen. Es wird dadurch wahrscheinlich, dass diese pigmentführenden Wanderzellen von der Umgebung der Gefässe ihren Ausgangspunkt nehmen und von dort in das Gewebe der Haarpapillen und in das Haar selbst einwandern.

Diese Anschauung wird auch durch Befunde gestützt, welche man beim Auftreten von Pigment in der Epidermis nach Ablauf entzündlicher und neoplastischer Vorgänge constatiren kann; man findet dort häufig in den die Gefässe umgebenden Rundzelleninfiltraten und zwischen die Bindegewebsfibrillen eingeschoben

Fig. 1.

Bl.
P.
B.
Bl.
R.
F.

Fig. 2.

B. A. R. A. B.
F.
F.
P.

Wanderzellen mit gelblicher und dunkelbrauner Färbung, welche von Pigmentkörnchen in ihrem Innern herrührt, und kann deren Wanderung zur Papillenoberfläche und in die Retezellen, wo sie ihr Pigment abgeben, auf Schnittpräparaten verfolgen.

Ob alles Pigment auf dem eben beschriebenen Wege durch Wanderzellen in die Matrix und Haarrinde gelangt und dieser Vorgang somit als der ausschliessliche zu betrachten ist, oder ob etwa noch andere Entstehungsweisen, z. B. Ausfällung von Pigment aus dem Zellprotoplasma (?) mitbetheiligt sind, kann ich vorläufig nicht mit Bestimmtheit angeben.

Jedenfalls klärt aber dieser Befund die scheinbare Differenz in den Beobachtungen von Unna, welcher Pigment zwischen den Bildungszellen fand, und Waldeyer, der es nur in den Epithelzellen selbst sah, einigermassen auf.

Herrn Prof. Dr. C. Wedl erlaube ich mir für die gütige Durchsicht und Begutachtung meiner Präparate an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel V.

Fig. 1. Querschnitt eines Haarkolbens aus der Kopfhaut eines Neugeborenen in der Höhe der grössten Circumferenz der Papille. Im Mittelpunkte *P.* die geschrumpfte Papille mit pigmentirten Wanderzellen. „Pigmentzellen" mit Ausläufern in den Epithellagern der Haarrindenanlage *R.* an der Peripherie der mit Blutgefässen *Bl.* versehene Haarbalg *B.* und das angrenzende Fettgewebe *F.*

Fig. 2. Schnitt in der Richtung der Längsaxe durch eine Haaranlage aus der Kopfhaut einer 30jährigen Frau. *P.* Papille mit pigmentführenden Wanderzellen. *R.* Haarrinde mit Pigmentzellen. *A.* Aeussere Wurzelscheide. *B.* Haarbalg. *F.* Fettgewebe.

Ueber die pathologische Bedeutung der Prurigo.

Von

Dr. Gustav Riehl

Assistent an der dermatolog. Univ.-Klinik des Prof. Kaposi in Wien.

(Hierzu Tafel VI.)

Unter Prurigo verstehen wir seit Hebra eine in frühester Kindheit beginnende und sich mit Intermissionen von unregelmässiger Dauer meist durch das ganze Leben hinziehende Erkrankung, deren hervorstechendstes Symptom die Eruption von intensiv juckenden Knötchen bildet, welche vorwiegend an den Streckseiten der Extremitäten localisirt sind. Die Befriedigung des quälenden Juckens durch energisches Kratzen mit den Fingernägeln oder rauhen Gegenständen führt im Laufe der Jahre zu den bekannten Consequenzen: Excoriationen, Eczem, Pigmentation, Verdickung der Cutis, Lymphdrüsenschwellung etc., welche wir an sich zwar nur als Dermatitis artificialis deuten, aber in ihrer charakteristischen Localisation als wesentlichstes Merkmal für die Diagnose der Prurigo verwerthen können, da keine andere der bekannten juckenden Hautkrankheiten so consequent nur gewisse Regionen befällt und andere (Beugeseiten der grösseren Gelenke, Flachhände, Fusssohlen, behaarten Kopf, Genitale) frei lässt. Bezüglich der erwähnten Eigenthümlichkeiten stimmen auch nahezu alle Beobachter mit Hebra überein, und erkennen in der Prurigo eine selbstständige Krankheit der Haut.

Die Meinungsdifferenzen beziehen sich derzeit hauptsächlich auf die Frage nach der Bedeutung der Efflorescenzen der Prurigo. Sind conform der Anschauung Hebra's die Knötchen als primäre

Erscheinung und das Jucken als durch diese bedingt anzusehen, oder ist umgekehrt, wie Cazenave und in neuerer Zeit manche Autoren angeben, die Juckempfindung das primäre, als Ausdruck einer Neurose zu deutende Symptom, während die Papeln mit unter die Consequenzen des Kratzens zu zählen sind?

Zunächst von der Beantwortung dieser Frage hängt unsere Anschauung über das Wesen der Prurigo und über deren Stellung im Systeme ab.

Wir wollen uns deshalb hauptsächlich mit ihr beschäftigen und zuerst die Eigenschaften der Prurigoknötchen selbst und dann ihre Beziehungen zu den übrigen Erscheinungen der Prurigo ins Auge fassen.

Wenn wir die Beschreibungen verschiedener Autoren über diesen geradezu entscheidenden Punkt vergleichen, so finden wir auffallender Weise sehr weit von einander abweichende Angaben.

Obwohl alle Beobachter die Existenz der Knötchen bestätigen, sind weder die Beschreibungen der klinischen Symptome derselben noch die anatomischen Befunde gleichlautend.

Bevor aber diese Frage definitiv beantwortet ist, kann auch von einer Entscheidung über die Bedeutung dieser Efflorescenzen für das Gesammtbild der Krankheit keine Rede sein.

Wir wollen also zunächst an der Hand fremder Angaben und auf Grund eigener Untersuchungen die klinischen Charaktere der Prurigoknötchen festzustellen suchen.

Hebra schreibt pag. 564 (I. Bd. II. Aufl.): „Die ersten Erscheinungen jeder Prurigo äussern sich durch hantkorngrosse subepidermidale Knötchen, deren Anwesenheit mehr durch den Tastsinn als durch den Gesichtssinn constatirt werden kann, indem sie weder durch bedeutende Hervorragung, noch durch eine von der übrigen Haut verschiedene Färbung die Aufmerksamkeit des Beobachters auf sich ziehen .... Sie erregen heftiges Jucken, werden demnach von den Kranken gekratzt, treten bei dieser Gelegenheit über das Hautniveau empor, vergrössern sich manchmal bis zu Quaddeln und röthen sich auch zuweilen“.

Bei Prurigo agria (pag. 565 etc.): „die sich entwickelnden Knötchen grösser, das Jucken heftiger“; und pag. 576 der zweiten von Kaposi bearbeiteten Auflage: Prurigo „erscheint aber

gewöhnlich schon im Laufe des ersten Lebensjahres in Gestalt von Urticaria-ähnlichen Quaddeln".

Kaposi (II. Aufl. pag. 460) schildert die Knötchen als: „hirsekorn- bis stecknadelkopfgrosse, blasse, blassrothe, derbe, sehr heftig juckende Epidermisknötchen".

Behrend: „Hirse- bis hanfkorngrosse, heftig juckende Papeln, welche entweder die normale Hautfarbe besitzen, oder blassroth gefärbt isolirt stehen und in ihrem Inneren ausdrückbare wässerige Flüssigkeit enthalten".

„Durch das Kratzen werden sie prominenter, bekommen hie und da eine schwach rosarothe Farbe, bleiben aber immerhin ziemlich flach und übertreffen kaum ein Hanfkorn an Grösse, nehmen aber nicht selten auch die Form einer Quaddel an."

Bohn (pag. 216 Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankheiten, Nachtrag): „Die erste Veränderung besteht in grieskornartigen ungefärbten Knötchen" . . . ., welche „ihre Bedeutung aber nur durch das unerträgliche Jucken, das von ihnen ausgeht, erlangen".

Da ich im Folgenden die Ansichten der erwähnten und anderer Autoren noch weiter erörtern werde, will ich hier gleich, um Wiederholungen zu vermeiden, das Resultat meiner eigenen Beobachtungen vorbringen, welche nicht blos an Erwachsenen vorgenommen wurden, sondern hauptsächlich auf das Verhalten der Knötchen während des Gesammtverlaufes der Prurigo gerichtet waren.

Beobachtet man an kleinen Kindern die ersten Erscheinungen der Prurigo, so vermisst man regelmässig die bei Erwachsenen vorkommenden Knötchen.

An ihrer Stelle findet man Quaddeln von verschiedener Form und Grösse, welche ungefähr in den letzten Monaten des ersten Lebensjahres später mit typischer Prurigo behafteter Kinder als alleinige Efflorescenzform in unregelmässiger Weise über alle Regionen des Körpers zerstreut auftreten, und zugleich in diesem Stadium das einzige objective Symptom der Prurigo bilden, da sich Kratzeffecte und deren Folgen erst allmählich stärker entwickeln.

Im Beginne wird deshalb Prurigo auch meistens falsch gedeutet, und für einfache Urticaria angesehen.

Gegen Ende des ersten und im Laufe des zweiten Lebensjahres wird man bei einiger Aufmerksamkeit immer zwischen den typischen Quaddeln solche von kleineren Dimensionen in allen Abstufungen bis zur Hanfkorngrösse herab eingestreut finden, und eine gewisse Bevorzugung des Stammes und der Streckseiten der Extremitäten bei den Eruptionen bemerken.

Mit zunehmendem Alter des Kindes nehmen diese kleineren Quaddelformen bei jeder neuen Eruption an Zahl zu, während die grösseren Quaddeln relativ immer spärlicher werden und schliesslich in den folgenden Lebensjahren meist gänzlich verschwinden, so dass bei drei- bis vierjährigen Kindern überhaupt nur hirse-, bis hanfkorngrosse Papeln angetroffen werden; nur bei besonders heftigen Exacerbationen findet man noch späterhin Urticaria.

Die Knötchen erscheinen nun auch nicht mehr unregelmässig zerstreut, sondern nehmen regelmässig die Streckseiten der Extremitäten — am dichtesten gedrängt an den Unterschenkeln — und am Stamm zumeist die Sacralgegend ein, treten manchmal bei intensiver Prurigo im Gesichte und am Halse auf, werden aber fast niemals an den Beugeseiten der grösseren Gelenke, der Hände und Füsse, am behaarten Kopfe oder am Genitale gefunden. Sie repräsentiren jetzt die eigentlichen Prurigo-Knötchen.

Die Urticaria bildet also das erste Symptom und wandelt sich allmählich in das bekannte typische Bild der Prurigo um.

Beobachtet man bei älteren (5—8 Jahre alten) pruriginösen Kindern und bei Erwachsenen die frischen Eruptionen, so kann man sich häufig überzeugen, dass die Mehrzahl der Knötchen der Form und Farbe nach, sowie in der Art ihrer Entwicklung der Quaddel sich analog verhält.

Die Efflorescenzen zeigen flache, wenig prominirende Knötchenform, von Stecknadel- bis Hanfkorngrösse schwankend, sie weisen hellrothe, rosa oder gelblich-weisse Farbe auf, ja bieten manchmal bei glattgespannter Oberhaut das Ansehen, welches man bei Quaddeln mit dem Beiworte „porcellanea" bezeichnet; ihre Consistenz im frischen Zustande ist derb, wie die einer Quaddel.

Das Knötchen entsteht rasch, juckt beim Auftauchen heftig und wird deshalb, wenn es an leicht zugänglicher Stelle sitzt, leicht zerkratzt.

Unzerkratzte Efflorescenzen schwinden nach wenigen Stunden unter Hinterlassung eines mehr minder intensiv gelbbraun gefärbten Pigmentfleckes, der anfangs die Spuren der Hyperämie noch erkennen lässt.

Weder mit Lichen pilaris, noch mit den Erhebungen der Cutis anserina besteht klinische Aehnlichkeit.

Ab und zu findet man auch bei älteren Individuen noch typische linsengrosse Quaddeln eingesprengt, oder kann bei gelinder Reibung Knötchen sich zu solchen vergrössern sehen, wie dies schon Hebra erwähnt hat.

Man sieht also bei zunehmendem Alter der Prurigokranken den allmählichen und directen Uebergang der Quaddel — als der beim Beginn der Prurigo im Kindesalter einzigen Efflorescenzform — in die für das spätere Lebensalter charakteristische Knötchenform klinisch nachweisbar sich vollziehen und wird beide Efflorescenzgattungen vom klinischen Standpunkte für gleichwerthig ansehen dürfen.

Wie ich glaube, ist bisher dem erwähnten Verhalten der Prurigoefflorescenzen und namentlich dem langsamen Uebergange der die Prurigo einleitenden Urticaria in die späteren Knötcheneruptionen zu wenig Beachtung geschenkt worden, obwohl das Vorkommen der Urticaria bei pruriginösen Kindern schon öfter constatirt wurde. So von Hebra (Lehrbuch, pag. 556, I. Bd., 2. Aufl.) und von Eisenschitz bei Besprechung einer Arbeit H. Klemm's über die Prurigo im Kindesalter.

Kaposi war meines Wissens der Erste, welcher auf das constante Vorausgehen der Urticaria bei Pruriginösen hingewiesen hat (Path. und Therap. der Hautkrankheiten. 1880, pag. 441).

Auch in neueren Publicationen finden wir diese Beobachtung angeführt und mehr oder weniger betont (Neumann, Bohn, Auspitz, H. v. Hebra). Namentlich Bohn (l. c. pag. 218) beachtet diese Erscheinung:

„Die Prurigo beginnt und verläuft nämlich bei Säuglingen gewöhnlich unter dem Bilde einer Urticaria, welche mit periodischen Nachlässen und neuen Ausbrüchen abwechselt. Die Urticaria zeigt entweder die Form der gewöhnlichen Quaddeln, oder des Lichen urticatus in der Gestalt von stecknadelkopfgrossen, weissen oder hellrothen, derben Knötchen, welche einzeln oder gehäuft auf

hyperämischer Basis stehen, und gleichfalls stark jucken. Nach Eisenschitz sollen daneben spärliche und zerstreute Prurigoknötchen periodisch auftreten und die Unruhe und das Jucken der Urticaria vermehren. Der Urticaria schliesst sich dann, meist gegen das Ende des ersten oder im Anfange des zweiten Lebensjahres die deutlich gekennzeichnete Prurigo an".

Dagegen vermissen wir über die Uebergangsperiode vom Urticariastadium zur völlig entwickelten Prurigo jede genauere Angabe. Aber gerade diese Uebergangszeit, welche ungefähr zwischen achtem und achtzehntem Lebensmonate liegt und in jedem Falle mehrere Monate beträgt, ist für das Verständniss der Prurigo von grosser Bedeutung.

Um sich über die Natur der Prurigoknötchen Aufklärung zu verschaffen und um die klinischen Erfahrungen zu controliren, erscheint von vorne herein die anatomische Untersuchung als das geeignetste Mittel. In der Literatur über Prurigo liegen auch anatomische Befunde verschiedener Autoren vor.

So schreibt Hebra in seinem Lehrbuche (I. Bd., 2. Aufl. pag. 571): „dass das Prurigoknötchen (als Einzelnefflorescenz) sich so verhält, wie ein Bläschen, von dem es sich nur durch die geringe Menge der eingeschlossenen Flüssigkeit und die dickere Epidermiskuppe unterscheidet".

Kaposi schildert den anatomischen Befund „gerade so wie bei den Knötchen des Eczema papulosum".

Nach Wedl sind die Efflorescenzen durch Exsudation in die Cutis entstanden.

Neumann schliesst sich an Wedl's Beschreibung an.

Derby und Gay schreiben den Haarbälgen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Knötchen zu, obwohl Letzterer bezüglich der Knötchen Neumann's Angabe, „nach welchem die Prurigoefflorescenzen durch Anhäufung von jungen Zellen und durch die Gegenwart eines flüssigen Exsudates im Gewebe der Papillen bedingt seien, viel plausibler als die von Hebra findet.

Bohn (l. c.) erklärt unumwunden, dass selbst über die Natur des Processes, welcher die Knötchenbildung bewirkt, ja nicht einmal über den Sitz der Knötchen ein sicherer Abschluss erreicht worden ist.

Auf Auspitz's Ansichten kommen wir noch im Folgenden zu sprechen.

Die Angaben der citirten Autoren differiren, wie wir sehen, in auffälliger Weise.

Der Grund für diese Differenzen liegt in der Schwierigkeit, sich unverletzte isolirte Prurigoknötchen zu verschaffen.

Die Efflorescenzen werden, weil sie heftig jucken, fast immer schon im Entstehen zerkratzt und sind überdies meist an Stellen situirt, welche schon intensive Veränderungen in Folge des fortgesetzten Kratzens erfahren haben. Die Erscheinungen der chronischen Dermatitis, welche man an solchen Hautpartien findet, decken aber die der frischen Knötchen gänzlich.

Man muss daher, um ein verwerthbares Resultat zu bekommen, das Untersuchungsmateriale Kindern mit wenig entwickelten Kratzeffecten oder älteren Individuen von solchen Hautstellen entnehmen, welche in Folge ihrer Lage dem wiederholten Kratzen entgangen sind. Untersucht man derartige vom Lebenden ausgeschnittene frisch entstandene Knötchen, dann findet man bei der histologischen Untersuchung immer dieselben Veränderungen.

Die Epidermis und das Rete Malpighii zeigen keine Veränderung, das Maschenwerk der oberen Cutislagen erscheint locker gefügt, die Blut- und Lymphgefässe erweitert und um dieselben findet sich spärliche kleinzellige Infiltration, welche hauptsächlich das Gefässnetz an der Basis der Papillen und einzelne nach abwärts ziehende Gefässstränge bis in die tieferen Schichten begleitet. Zahlreiche Wanderzellen von unregelmässiger Gestalt und häufig pigmentirt finden sich bei einzelnen Knötchen sowohl zwischen die lockeren Zelleninfiltrate um die Gefässe, als auch zwischen die Faserbündel der Cutis eingeschoben. Talg- und Schweissdrüsen, Haarbälge, glatte Muskel und Fettgewebe zeigen keine Abweichung von der Norm [1]).

Der anatomische Befund der Knötchen zeigt also die Erscheinungen einer acuten entzündlichen Veränderung in den oberen

---

[1]) Ganz ähnliche Befunde hat jüngst Dr. R. Morrison mitgetheilt. (A contribution to the general knowledge concerning the prurigo papule. Amer. Journ. of med. 1883 Oktob.)

Schichten der Cutis, namentlich in der Papillarschichte, dagegen weder Exsudation in die Epidermis, noch Schuppenlager und Verhornung am Haarbalge und unterscheidet die Prurigoknötchen hinlänglich von Eczem oder Lichen-pilaris-Efflorescenzen.

Die grösste Aehnlichkeit dieser circumscripten Entzündungserscheinungen besteht aber mit dem anatomischen Befunde an den Quaddeln der Urticaria papulosa, namentlich bezüglich der auffallenden Geringfügigkeit der Zelleninfiltrate im Vergleiche zur Prominenz und Derbheit der Efflorescenzen.

Ich habe die angegebenen Verhältnisse regelmässig an frischen Prurigoknötchen gefunden und die Zeichnung (Taf. VI) nach einem Präparate anfertigen lassen, welches den senkrechten Schnitt eines Prurigoknötchens vom Rücken eines zwölfjährigen Knaben zeigt.

Vergleichen wir die anatomischen Angaben früherer Untersucher mit unseren eigenen Befunden, so gewinnen wir den Eindruck, dass nirgends auf normaler Haut entstandene Efflorescenzen beschrieben wurden, sondern die Mehrzahl der Untersucher den Befund der chronischen Dermatitis verzeichnet hat, den auch wir an allen seit langer Zeit zerkratzten Stellen vorgefunden haben.

Dass dieser Befund keine für Prurigo charakteristischen Erscheinungen bietet, ist leicht begreiflich; denn er wird, durch Kratzen hervorgebracht, bei vielen anderen juckenden Krankheiten in gleicher Weise zu finden sein. — Die Frage nach der anatomischen Structur der frischen Knötchen aber konnte dadurch nicht entschieden werden und wir müssen es daher für unzulässig erklären, wenn der bisherige Abgang von charakteristischen anatomischen Befunden der Knötchen als Beweismittel gegen die Existenz der Prurigoknötchen, welche von allen klinischen Beobachtern constatirt werden, verwerthet wird.

Auspitz, der in seinem „System der Hautkrankheiten" pag. 108 diese Unzulänglichkeit der bisherigen anatomischen Untersuchungen hervorhebt und letztere als schablonenhaft bezeichnet, versucht selbst eine Erklärung der Prurigoknötchen zu geben, indem er sie „als eine Art von Lichen pilaris, eine Verdickung der Epidermis um einen Lanugohaarbalg" erklärt.

Diese Anschauung kann wohl nur auf einer Verwechslung beruhen, welche — wenn der Ausspruch überhaupt auf anatomischer Untersuchung beruht — in dem überaus häufigen Vorkommen von

Lichen pilaris an den Streckseiten der Extremitäten — auch bei Gesunden — ihre Erklärung fände. Bei genauerer Beachtung können schon mit freiem Auge Lichen pilaris-Knötchen mit ihren Schuppenlagern, eingerollten Lanugohaaren etc., bei ihrem äusserst chronischen Verlaufe den Prurigo-Efflorescenzen kaum für ähnlich gehalten werden, was schon aus dem Umstande erhellt, dass Verwechslungen von Prurigofällen mit Ichthyosis follicularis überhaupt nicht vorkommen, trotzdem auch bei Ichthyosis manchmal Jucken besteht. Ueberdies scheint Auspitz selbst die oben citirte Erklärung nicht genügt zu haben, da er noch auf derselben Seite die Knötchen als durch krampfhafte Muskelcontraction entstanden beschreibt, also einmal durch eine Anomalie der Verhornung, gleich darauf durch aus nervöser Ursache hervorgerufenen Tetanus der Arrectores pilorum entstehen lässt.

Die letztere Hypothese scheint uns aber noch viel schwerer mit den Thatsachen in Uebereinstimmung zu bringen, da die Prurigoknötchen mit den Erhebungen der Haarbälge, wie sie bei Cutis anserina hervorgebracht werden, gar keine Aehnlichkeit aufweisen. Man kann sich davon leicht überzeugen, wenn man durch rasche Abkühlung der Haut eines Pruriginösen Cutis anserina in unmittelbarer Nähe von Prurigoknötchen erzeugt.

Auch ist der als Cutis anserina bekannte Zustand überhaupt nicht in das Gebiet der Pathologie einzureihen, sondern als Ausdruck physiologischer Function der glatten Hautmuskeln zu betrachten, ähnlich wie man die Contraction des Cremasters bei rascher Abkühlung nicht für eine krankhafte Erscheinung nehmen darf. Andererseits wäre es auch schwer zu begreifen, wie dieser Zustand — selbst wenn er als durch krankhafte Innervation bedingt angenommen wäre — das ganze Leben hindurch immer nur einzelne der Haarbalgmuskeln befallen und für einige Zeit in Tetanus versetzen sollte, während die übrigen unzähligen Hautmuskeln unbehelligt bleiben und wieso das heftige Jucken dabei zu Stande kommen sollte, während die uns bekannte Cutis anserina höchstens vorübergehend von mässigem Jucken begleitet ist.

Auch die von Auspitz zur Erklärung herbeigezogenen klinischen Angaben, „die Knötchen sitzen an den Lanugobälgen", „sie tragen keine Spuren von entzündlicher Fluxion an sich" sind nicht wörtlich zu nehmen. Denn einerseits hat man Gelegenheit, Prurigo-

knötchen zu finden, welche keinen Haarbalg einschliessen und andererseits zeigen die Knötchen — wie wir gesehen haben — klinisch und nahezu immer deutliche Zeichen der entzündlichen Fluxion, welche anatomisch nachweisbar ist.

Auch die Erklärung der Localisation, für welche unsere Annahme allerdings keine völlige Aufklärung bringt, kann nicht auf das Verhältniss der Knötchen zu den Haarbälgen bezogen werden, da ja Lanugobälge in den Gelenksbeugen, am Genitale etc. nicht gänzlich fehlen, wenn auch die Follikel dünner gesäet erscheinen, und weil bei sehr intentiven Fällen nicht selten das gewöhnlich von Efflorescenzen freie Hautgebiet an den Beugeseiten immer mehr eingeengt erscheint und schliesslich gänzlich von Knötchen occupirt werden kann. So sieht man ab und zu einen Fall von Prurigo, bei welchem Ellen- und Kniebeuge nicht mehr frei sind und nur eine kleine Hautpartie der Leistenbeuge unversehrt erscheint.

Gerade an solchen intensiven Fällen kann man aber die Beobachtung machen, dass die Knötchen häufig zwischen den Follikeln sitzen.

Wir können also keiner dieser Anschauungen beipflichten und halten nach unseren klinischen und anatomischen Erfahrungen die Prurigo-Efflorescenzen für quaddelähnliche Knötchen, weil wir klinische und anatomische Aehnlichkeit der Knötchen mit den Quaddeln constatiren können, und erstere aus den letzteren im Laufe der Krankheit allmählich hervorgehen sehen und weil ferner eine Reihe von klinischen Symptomen mit dieser Annahme auffällig übereinstimmt.

An die Entscheidung der Frage über die Natur der Prurigo-Efflorescenzen schliesst sich unmittelbar die Beantwortung des Eingangs erwähnten Streitpunktes über die Rolle, welche die Knötchen bei Prurigo spielen, an.

Nach Hebra's Ansicht bilden die Knötchen-Eruptionen das causale Moment für alle weiteren Erscheinungen der Prurigo und sind also die Knötchen als wirkliche „Primärefflorescenzen" zu betrachten.

Hebra hält dieses Moment geradezu für entscheidend betreffs der selbständigen Stellung der Prurigo als Krankheitsindividuum und vertritt seinen Standpunkt in längerer Ausführung (I. Bd.,

pag. 573 fg. II. Aufl.) gegenüber den älteren Theorien (Cazenave) und speciell gegen die Annahme einer Neurose. Es würde zu weit führen, alle die Gründe hier zu wiederholen und wir wollen nur erwähnen, dass Hebra ausdrücklich erklärt, dass die Entwicklung der Knötchen vorausgehe und durch diese erst die juckende Empfindung erzeugt werde.

Hebra, dessen scharfe Beobachtungsgabe der Dermatologie so eminente Vortheile errungen hat, hatte bei dem reichen Material an Prurigokranken, das ihm zur Verfügung stand, gewiss die beste Gelegenheit gehabt, sich von der Bedeutung der Knötchen zu überzeugen und fand, dass sie die nächste Ursache des Juckens abgeben. Hebra leitet das Jucken direct von dem Reize ab, welchen die Exsudation in den Knötchen auf die Nervenendigungen ausübt.

Ebenso sind Neumann, Kaposi und Andere zu demselben Beobachtungsresultate gelangt; selbst Auspitz gibt die Gleichzeitigkeit der Knötchen-Eruption und des Juckens im Allgemeinen zu. Nach meiner Erfahrung kann ich mich diesbezüglich nur der Ansicht Hebra's anschliessen.

Jede neue Steigerung der Prurigo wird von einer Knötchen-Eruption eingeleitet, die Knötchen kommen so lange immer wieder zum Vorschein, als der Anfall dauert, in den Zwischenzeiten fehlen sie.

Dort wo das Jucken am heftigsten ist, finden wir sie am dichtesten gedrängt, und auch bei den verschiedenen Recidiven der Prurigoanfälle schwankt ihre Zahl in gleichem Verhältnisse mit der Intensität des Juckens. Dass gerade die Knötchen den Ausgangspunkt des Juckens bilden, können wir aus dem Umstande entnehmen, dass wir regelmässig alle Knötchen aufgekratzt finden; bei Fällen mittlerer Intensität werden blutende Excoriationen nur an den Knötchen sich vorfinden. Dass die Knötchen nicht Folge des Kratzens sind, erhellt auch daraus, dass wir an Stellen, welche die Kranken nicht leicht mit den Fingernägeln erreichen können, häufig unzerkratzte Knötchen vorfinden, gerade so wie bei Urticariaausbrüchen, bei welchen wir auch die leichter zugänglichen Quaddeln excoriirt finden, während z. B. am Rücken Quaddeln vorhanden sind, aber Kratzeffecte fehlen.

Das gleichzeitige Vorkommen der Knötchen und des Juckens bestätigt auch Auspitz, bezweifelt dagegen, dass das Jucken von den Knötchen abhängig sei, und erklärt die Erscheinung des Juckens — „vorläufig ohne mögliche Begründung“ — für eine Sensibilitätsneurose, und da zum Begriffe „Neurose“ die von allen Beobachtern gefundenen Knötchen nicht passen, aber auch nicht ohne weiters übergangen werden können, die letzteren als Folge einer „Contractilitätsneurose“.

Wir haben aber gesehen, dass die Knötchen ganz andere Charaktere aufweisen und weder Lichen pilaris-Knötchen, noch den Prominenzen der Cutis anserina identisch sind und können daher die Theorie einer Contractilitätsneurose nicht für zutreffend halten.

Wir finden aber in den Efflorescenzen genügenden Grund für das im Bereiche der Eruptionen auftretende Jucken und können daher auch eine diesbezügliche Hypothese (Sensibilitätsneurose) entbehren, da sie uns überdies nicht alle Erscheinungen der Prurigo zu erklären vermöchte. So bliebe der regelmässige Beginn der Prurigo im frühen Kindesalter und namentlich ihr Auftreten in Form einer Urticaria völlig unaufgeklärt und man müsste zu der Deutung der letzteren noch eine dritte Neurose (Angioneurose nach Auspitz) herbeiziehen.

Man musste folgerichtig annehmen, dass der anfangs als Angioneurose beginnende Process sich spontan in eine reine Sensibilitätsneurose combinirt mit Motilitätsneurose umwandle — eine Erklärung, die weder allen Erscheinungen genau entspricht, noch den Vorzug ungezwungener Klarheit beanspruchen dürfte.

Uebrigens kennen wir ja eine wahre Neurose der Haut unter dem Namen des Pruritus und wissen, dass das Jucken bei diesem — nicht minder heftig als bei Prurigo — nicht an bestimmte Regionen der Haut gebunden und auch ohne vorläufige oder begleitende Efflorescenzbildung auftritt.

Welche tiefgreifenden klinischen Unterschiede diese Neurose von Hebra's Prurigo scheiden, ist zur Genüge bekannt und es dürfte vorläufig sich kaum empfehlen, einer Hypothese willen die durch Hebra's Verdienst erkannte Differenzirung beider Krankheiten wieder zu verwischen [1]).

[1]) Auch Dr. H. v. Hebra — im Uebrigen ein unbedingter Anhänger

Die Angabe mancher Prurigokranken, dass sie auch zuweilen in den Intermissionsstadien an Jucken leiden, erklärt sich leicht, wenn man die Form der Dermatitis, welche sich bei derartigen Kranken immer findet, in Betracht zieht. Jedes Eczem, namentlich aber chronische squamöse Formen mit eingeschränkter Drüsensecretion, können Juckempfindung hervorrufen und ebenso auch die squamöse chronische Dermatitis Prurigokranker. Die letzteren unterscheiden aber selbst genau zwischen dem heftigen Jucken einer neuen Eruption und dem zeitweilig auftretenden relativ mässigen Jucken der Dermatitis [1]).

Man findet bei Untersuchung der verdickten Haut eines Pruriginösen regelmässig auch Veränderungen an den peripheren Nerven in Form entzündlicher Infiltrate in den Nervenscheiden. Meistens sind die Nervenbündel von einer Hülle kleiner Rundzellen umgeben, die Adventitia und selbst das Bindegewebe zwischen den

---

von Auspitz's Anschauungen — bezeichnet Auspitz's Ansicht über die Prurigoknötchen als einen „logischen Fehler" und ignorirt lieber die Knötchen — das niemals fehlende und für den Begriff Prurigo unabweisbare Symptom — ganz, indem er Prurigo für eine reine Sensibilitätsneurose erklärt.

[1]) Auspitz scheint dies zu übersehen, wenn er angibt, dass „die Knötcheneruption bei einem oder dem anderen Anfalle nur schwach oder gar nicht hervortritt, während das Jucken und die eczematösen Symptome nicht den mindesten Ausfall gegen sonst erleiden".

Auspitz schliesst daraus, dass es Anfälle von Prurigo ohne Knötcheneruption gebe und schreibt es diesem Umstande zu, dass in England und Amerika fast gar keine, in anderen Ländern bedeutend weniger Prurigo beobachtet wird, als in Wien. Ich möchte darauf erwidern, dass wir in Wien ja Prurigo mit Sicherheit auch in den Remissionsstadien, wo keine Knötchen sich vorfinden, aus den charakteristisch localisirten Folgeerscheinungen des Kratzens diagnosticiren, gerade so wie wir Excoriationen ex pediculis oder Scabies bestimmt erkennen, ohne eine Milbe oder einen Pediculus aufsuchen zu müssen.

Ich glaube eher annehmen zu dürfen, dass einerseits die mangelhafte Kenntniss der Prurigo von Seite der fremden Aerzte daran Schuld trägt und andererseits eine in der That ungleichmässige geographische Ausbreitung der bei uns häufigen Krankheit. Denn wir wissen, dass z. B. Prurigo erst seit den letzteren Jahren in Paris häufiger gefunden wurde, hören in letzter Zeit auch von dem häufigeren Vorkommen der Prurigo in Amerika (Morrow) und erfahren andererseits von Aerzten, welche in Wien die Prurigo kennen gelernt hatten, dass in ihrer Heimat Prurigo wirklich selten vorkomme.

Nervenfasern reichlich mit zelligen Elementen durchsetzt, verdickt. — Man wird es begreiflich finden, dass unter derartigen Infiltrationen nicht blos Sensibilitäts-, sondern auch Ernährungsstörungen, Verminderung der Secretion von Talg und Schweiss etc. eintreten können.

Dagegen würde man wohl einen Fehlschluss thun, wollte man diese Veränderungen an den peripheren Nerven als das wesentliche causale Moment für die Erklärung der Prurigo selbst auffassen, denn sie finden sich nur an schon im Zustande der chronischen Dermatitis befindlichen Hautpartien', also allerdings bei erwachsenen Prurigokranken fast regelmässig an den juckenden Stellen, bei Prurigo mitis Erwachsener oder an Kindern fehlen sie immer.

Ebensowenig können wir Veränderungen an dem Mark der Nerven und den Axencylindern, wie sie Leloir bei einigen Hautleiden gefunden und für die nächste Ursache der Erscheinungen an der Haut erklärt hat, bei Prurigo für belangreich halten. Man findet zwar bei der Untersuchung von Hautstücken Pruriginöser nach Leloir's Methode ganz ähnliche Bilder, wie er sie bei Vitiligo, Ichthyosis, Ecthyma, Pemphigus, Lepra etc. gesehen hat, kann sich aber leicht überzeugen, dass diese sogenannten Veränderungen überhaupt nicht in das Gebiet des Pathologischen zu rechnen sind, wenn man zur Controle mit denselben Methoden gesunde Hautstücke behandelt. Denn man findet auch hier ganz analoge Bilder, welche theils — nach Sigm. Mayer — als Ausdruck physiologischer Regenerationsvorgänge, theils als Artefacte durch die Einwirkung der angewandten Reagentien hervorgebracht zu betrachten sind.

Wir schliessen uns bezüglich der Angaben Leloir's den Ansichten Auspitz's [1]) an und müssen speciell für Prurigo einen Erklärungsversuch im Sinne Leloir's für unstatthaft halten.

Wir können also keine der angeführten Theorien für entsprechend begründet und den Thatsachen hinreichend angepasst ansehen und glauben den klinischen und anatomischen Befunden viel mehr Rechnung zu tragen, wenn wir die Prurigo als eine chro-

[1]) S. diese Vierteljahrschr. 1882 pag. 372.

nische Form der Urticaria mit eigenthümlicher Localisation und als eine von allen übrigen juckenden Hautkrankheiten scharf geschiedene selbständige Erkrankung auffassen. Da wir wissen, dass Urticariaformen — auch in Gestalt des Lichen urticatus, welcher unserer Ansicht nach der Prurigo morphologisch am nächsten stehen würde — namentlich während der Eruption lebhaft jucken, erklärt sich dieses hervorstechende Symptom unter unserer Annahme auf einfachem Wege. Ebenso stimmt damit der ausserordentlich chronische Verlauf und das intermittirende Auftreten der Affection, — Erscheinungen, welche an die hartnäckigen Formen der chronischen Urticaria erinnern — auffällig überein.

Durch welche Momente die eigenthümliche Localisation bedingt ist, muss vorläufig noch als unerklärt gelten; man mag immerhin an eine anatomische Ursache, vielleicht eine angeborene Abnormität in der Anlage der Haut denken; denn wir sehen Prurigo häufig bei mehreren Kindern einer Familie auftreten und kennen in der Ichthyosis eine ebenfalls von Jugend an bestehende erbliche Affection, welche dieselbe Localisation aufweist und von allen Beobachtern als angeborene Anomalie der Epidermisbildung gedeutet wird.

Ich möchte schliesslich darauf hinweisen, dass auch bei manchen Exanthemen die Efflorescenzen ausschliesslich oder mit Vorliebe an den Streckseiten auftreten (Erythema multiforme, Purpura, Psoriasis), ein Umstand, welcher bei der Verschiedenartigkeit dieser Krankheiten mehr auf eine locale Ursache dieser Localisation als auf nervösen Einfluss hindeutet.

So lange indess unsere realen Kenntnisse über diesen Punkt nicht weiter vorgeschritten sind, wollen wir, diese Frage unentschieden lassend, die Prurigo nach ihren objectiv nachweisbaren Symptomen beurtheilen und von diesen ausgehend, im System der Urticaria zunächst stellen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VI.

Fig. 1. Senkrechter Schnitt durch ein Prurigoknötchen vom Rücken eines 12jährigen Knaben. (Obj. 3 Ocul. 2 Reichert.)

E Epidermis.
R Rete Malpighii.
C Cutis.
H Haarbalg, schief geschnitten.
S entzündliche Infiltrate um die Gefässe.

Fig. 2. Idem. (Obj. 8 Ocul. 3 Reichert.)

E Epidermis.
R Rete Malpighii.
H Haarbalg, schief geschnitten.
T Talgdrüse.
A M. arrect. pili.
S entzündliche Infiltrate.
P pigmentirte Wanderzellen.

Fig. 2.

E
R
P
H
T
A S
C. Henning

Fig. 1.

S S H
E
R
C
C. Henning

Ueber Syphilis haemorrhagica.

Von

Dr. Gustav Behrend,
Privatdocent an der Universität zu Berlin.

Im Jahre 1878 habe ich die Aufmerksamkeit auf gewisse Blutungen gelenkt, die bei hereditär-syphilitischen Kindern vorkommen, und von denen ich nachzuweisen suchte, dass sie von der Syphilis abhängig seien. Es waren dies bald Blutungen in die Haut oder andere Gewebe, bald Blutungen aus dem Nabel, zuweilen auch Blutungen nach zufälligen Verletzungen, die sich durch eine schwere Stillbarkeit auszeichneten. Auf Grund ausführlicher Darlegungen musste ich zu dem Schlusse gelangen, dass es eine hämorrhagische Diathese gebe, die in der Syphilis ihre Ursache habe, und ich fasste den Symptomencomplex, der sich unter solchen Verhältnissen darbietet, gemäss der von Bassereau und Zeissl acceptirten Nomenclatur unter der Bezeichnung der Syphilis haemorrhagica zusammen.

Diese meine Arbeit hat ein eigenthümliches Schicksal gehabt. Veröffentlicht in einer Wochenschrift (Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin 1878, Nr. 25 und 26), welche bald darauf zu erscheinen aufgehört hat, ist sie heute dem directen Studium nur noch schwer zugänglich, aber auch damals, als die erwähnte Zeitschrift noch in fast jeder Bibliothek zu finden war und sich in den Händen vieler Aerzte befand, hat man, anstatt das allerdings etwas umfangreiche Original zu lesen, es überall vorgezogen, aus kurzen schematischen Referaten eines Jahresberichtes, einer Zeitschrift oder eines Centralblattes Information über den Inhalt zu erlangen. Für praktische Zwecke mag das genügen, wer aber das Recht für sich in Anspruch nimmt, in die Discussion über

einen Gegenstand einzutreten, sollte sich billiger Weise doch mit dem Autor direct in Verbindung setzen, der sollte lesen, was jener selber geschrieben, und nicht was Andere aus seiner Arbeit gemacht haben [1]). Wäre dies immer geschehen, mancher gegen mich erhobene Einwurf wäre unterblieben, ja selbst die ganze Arbeit des Herrn Dr. Ejnad Petersen (pag. 509 des vorigen Jahrganges dieser Vierteljahresschrift) wäre von vorneherein hinfällig gewesen.

Denn eben diese Arbeit gibt mir Veranlassung, noch einmal auf den Gegenstand zurückzukommen. Herr Petersen beobachtete ein Kind, das mit normalem Körpergewicht geboren, nach dem Abfall der Nabelschnur eine Nabeleiterung hatte, allmählich immer mehr atrophirte, blutigen Stuhl, blutigen Urin, Nabelblutung und Petechien an der Haut sowie am Gaumen bekam und im Alter von 3 Wochen starb. Die Mutter war mehrmals, zuletzt 2 Jahre zuvor an Syphilis behandelt, nachdem sie vorher ein syphilitisches Kind zur Welt gebracht. Dieser Fall war dem Verfasser unklar, man hätte, meint er, an Hämorrhagien in Folge von Syphilis denken können, wenn die Section nicht erwiesen hätte, dass das Kind an Septicämie gestorben war. Er unterwirft dann meine und anderer späterer Autoren Fälle einer Kritik, wie er es nennt, kommt dann nach einer etwas kurzen Discussion über Arterienerkrankung bei Syphilis zu dem Schluss, dass die

[1]) Das Fatum, welches von Anfang an über meiner Arbeit geschwebt hat, zeigt sich besonders auch in den Referaten, welche über dieselbe in den verschiedenen Journalen erschienen sind. Im Streben nach Kürze hat beispielsweise der Referent im „Jahrbuch für Kinderheilkunde" das Vollkommenste geleistet. Bevor nämlich meine Arbeit in extenso veröffentlicht wurde, trug ich sie in der Berliner medicinischen Gesellschaft vor, und es erschien in den Sitzungsberichten derselben (Berl. klin. Wochenschrift 1878, Nr. 10, pag 140) ein kurzer Auszug. Ein Auszug dieses Auszuges erschien in der medicinischen Centralzeitung, und aus dieser wurde alsdann das Referat für das „Jahrbuch f. Kinderheilk." (1879, XIII, p. 149) excerpirt. Auf diese Weise ist es dem Herrn Referenten möglich geworden, in wenigen Zeilen den Inhalt einer Arbeit wiederzugeben, die im Separatabdruck 24 Seiten Grossoctav füllt, und eine kritische Bemerkung hinzuzufügen, die in dem Aufsatze selber ihre Erledigung findet. Jedenfalls aber will ich dankbar anerkennen, dass in diesem Falle trotz der dreimaligen Filtration doch wenigstens noch eine Kleinigkeit von dem Inhalt der Arbeit übrig geblieben ist.

Abhängigkeit der Blutungen von Syphilis nicht erwiesen sei, dass man sie vielmehr auf die durch congenitale Syphilis erzeugte Cachexie zurückführen müsse, und theilt zum Schluss ganz kurz einen Fall mit, in welchem bei einem Kinde mit hereditärer Syphilis eine mit Diarrhöe verbunden gewesene Darmblutung auftrat, die er auf mechanische Weise erklärte, da Leberveränderungen vorlagen.

Hätte Herr Petersen meine Arbeit nur gelesen, er würde sich überzeugt haben, dass alle die Einwände, welche er gegen die von mir veröffentlichten Fälle erhebt, schon von mir in ganz ausführlicher Weise widerlegt worden sind. Ja, es ist ihm sogar eine Unrichtigkeit begegnet, wenn er behauptet, mir habe keine Section vorgelegen. Da ich im Nachstehenden die hauptsächlichsten Abschnitte meiner früheren Arbeit wiedergebe — ich nehme absichtlich von der Mittheilung neuer Fälle Abstand — so wird Jedermann hieraus ersehen, dass die Quelle des Herrn Petersen eine ganz unzuverlässige war, und dass seine Kritik, von ihrer Lückenhaftigkeit gar nicht zu reden[1]), sich auf zum Theil ganz falschen Voraussetzungen aufbaute.

In meiner Arbeit schrieb ich wörtlich Folgendes:

Fall 1. Den ersten Fall von Purpura dieser Art beobachtete ich im Jahre 1876 bei einem Kinde, dessen Vater angeblich zwei Jahre zuvor inficirt, aber nicht mercuriell behandelt worden war und keine secundären Symptome gezeigt hatte. Das Kind war ausgetragen, ziemlich gut genährt und mit einem Schuppensyphilid am Rücken, Bauch und an den unteren Extremitäten zur Welt gekommen. Die Leber zeigte sich beträchtlich vergrössert, ihr freier Rand war in der Seite dicht über der Crista ilei und vorn einen Querfinger breit über dem Poupart'schen Bande zu fühlen.

[1]) Herr Petersen argumentirt, wenigstens lässt sich das aus dem Zusammenhange entnehmen, folgendermassen: Behrend hat 7 Fälle veröffentlicht, zwei Fälle betrafen cachectische Kinder, der eine ein Kind, welches gleich nach der Geburt nach vergeblichen Athembewegungen starb, folglich lassen sich für die Blutungen auch andere Momente als gerade die Syphilis geltend machen, nämlich dort die Cachexie, hier die Behinderung der Circulation; die vier Fälle, die alsdann noch übrig bleiben, hält er seiner Beachtung nicht für werth.

Der Umfang der Milz überstieg gleichfalls beträchtlich die Norm und konnte als harter, fester Körper bis an die Crista ilei deutlich verfolgt werden. Der Nabelschnurrest fiel am dritten Tage ab und der Nabelstumpf vernarbte gut, ohne erheblich zu eitern. Nach einer Anzahl von Sublimatbädern schwand das Hautsyphilid, indess es traten am Abdomen, besonders in den Inguinalgegenden beiderseits stecknadelkopfgrosse Petechien auf, die sich unter dem Fortgebrauch der Sublimatbäder wieder zurückbildeten; Leber und Milz aber blieben in ihrem früheren Umfange weiter bestehen. Späterhin magerte das Kind sichtlich ab und starb im Alter von 14 Monaten an den Erscheinungen eines Hydrocephalus internus. Die Section wurde nicht gestattet.

Während sich in diesem Falle (der also ein Kind mit sichtbaren Erscheinungen von Syphilis betraf) die hämorrhagischen Flecke im Laufe der ersten Lebenstage einstellten, waren sie in dem folgenden, den ich im September 1877 beobachtete, gleich bei der Geburt vorhanden.

Fall 2. Der Vater des betreffenden Kindes, der mit seiner gesunden Frau ein kräftiges, noch jetzt lebendes Kind gezeugt hatte, bekam vier Wochen nach der Geburt desselben im März 1874 in Folge eines unreinen Coitus eine Affection des Präputiums, die seinem damaligen Arzte der Syphilis verdächtig war, und wegen der er einer Sublimatcur unterworfen gewesen zu sein scheint. Gleichzeitig soll auch eine Untersuchung seiner Frau und seines Kindes mit negativem Resultate stattgefunden haben. Die Prognose seines damaligen Arztes in Bezug auf das Auftreten secundärer Symptome ging nicht in Erfüllung, es wurde ihm sogar im November desselben Jahres ein schwächliches, jedoch nicht nachweisbar krankes Kind geboren, das noch lebt, in der Entwicklung sehr zurückgeblieben ist und ein blasses, ziemlich elendes Aussehen besitzt. Am 28. September 1877, bei der Geburt des dritten Kindes, hatte ich Gelegenheit ihn zu untersuchen, wobei ich weder Spuren florider noch überstandener Syphilis entdeckte.

Dies letzte Kind war ausgetragen, gut genährt, konnte aber nach zwei schnappenden Athemzügen nicht zum Athmen gebracht werden. Unmittelbar nach der Geburt waren über den ganzen Körper zerstreute dunkelblaue, auf Fingerdruck nicht erblassende

im Niveau der Haut liegende Flecke zu constatiren [1]); am zahlreichsten waren sie am Abdomen, sodann im Gesicht und an den Unterextremitäten. Sie variirten von Stecknadelkopf- bis Bohnengrösse; die kleinen hatten eine runde, die grösseren eine längliche Form, einzelne waren unregelmässig gestaltet. An den Fusssohlen hatten sie einen grösseren Umfang, namentlich war die linke von einem einzigen dunkelblauen Fleck eingenommen. Auch die Conjunctiven beider Augen waren in ihrer unteren Hälfte blutig unterlaufen und geschwollen. Die Epidermis des ganzen Körpers war glatt, überall erhalten, an beiden mit Epidermis bedeckten Fusssohlen zeigte sich ausserdem ein schmaler Epidermissaum, der in länglich-runder Form am Umfange derselben befestigt war und offenbar das letzte Rudiment intrauterin geheilter Blasen darstellte, die fast den ganzen Umfang der Fusssohlen eingenommen hatten.

Bei der von mir am folgenden Tage vorgenommenen Section, soweit sie unter den obwaltenden Verhältnissen möglich war, zeigten sich die Lungen vollkommen luftleer, im Zustande der weissen Hepatisation, an ihrer Oberfläche zeigten sich subpleurale Blutergüsse, sowie zahlreiche Gummiknoten, von denen sie auch in ihrem Innern reichlich durchsetzt waren. Der Herzmuskel war zusammengezogen, der linke Ventrikel blutleer, der rechte enthielt eine geringe Quantität schwarzrothen, theils geronnenen, theils flüssigen Blutes, die Papillarmuskeln waren fettig degenerirt. Die Leber sowie die Milz in allen Dimensionen vergrössert, boten keine makroskopisch nachweisbaren Veränderungen, die Röhrenknochen zeigten eine breite Zone der von Wegner beschriebenen Kalkinfiltration an der Epiphysengrenze. An den übri-

---

[1]) Dies ist der Fall, von welchem Herr Dr. Petersen die Ansicht äussert, „dass es weit näher liege, anzunehmen, dass die Blutungen wegen der Respirationsstörungen auftraten". Ich weiss nicht, ob der Herr College auch jetzt noch, wo ich ihm Gelegenheit gebe, den Fall zu lesen, bei seiner Ansicht stehen bleibt und glaubt, dass zwei schnappende Athemzüge im Stande sind, Hämorrhagien auf der ganzen Körperfläche zu erzeugen. Ausserdem aber bemerke ich ausdrücklich, dass ich bei der Geburt zugegen war, und dass ich die Flecke, wie gesagt, unmittelbar nach der übrigens spontanen Ausstossung des Kindes wahrnahm, bevor das Kind überhaupt noch irgend einen Athemversuch gemacht hatte.

gen Organen waren keine Veränderungen nachzuweisen. Die Eröffnung des Schädels musste unterbleiben [1]).

Die Verhältnisse [2]), unter denen in beiden Fällen die Purpuraflecke auftraten, können keinen Zweifel über ihren inneren Zusammenhang mit der syphilitischen Dyscrasie aufkommen lassen: nicht allein ihr gleichzeitiges Auftreten mit anderweitigen syphilitischen Affectionen der Haut, wie in dem ersten Falle, oder der inneren Organe, wie in dem zweiten, sind hierfür bestimmend, sondern das Fehlen irgend welcher anderweitiger Momente, aus denen ihr Zustandekommen hätte erklärt werden können. Es ist eine bekannte Thatsache, dass bei Individuen, bei Kindern mehr noch als bei Erwachsenen, welche unter dem Einfluss constitutioneller Erkrankungen in Siechthum verfallen, oder die überhaupt durch consumptive Affectionen hochgradig herabgekommen sind, die Wandungen der Capillargefässe in der Weise verändert werden, dass sie dem normalen Blutdruck nicht mehr den gehörigen Widerstand entgegensetzen können, dass sie zerreissen und zu Blutungen, namentlich zur Purpurabildung Veranlassung geben; es ist fernerhin keine seltene Erscheinung, dass bei den verschiedenartigsten Affectionen, durch welche der Blutdruck in den Capillaren dauernd oder vorübergehend erhöht wird, bei Herzfehlern oder bei Behinderung der Circulation wie bei Convulsionen, Tetanus, Bronchitiden, Pneumonien, namentlich bei heftigen Hustenanfällen und Erbrechen Petechien an den verschiedensten Stellen der Körperoberfläche auftreten; indess keines der aufgezählten Momente war in den vorliegenden Fällen vorhanden, namentlich waren beide Kinder weit entfernt davon, cachectisch zu sein, sie waren beide ausgetragen, gut genährt, mit reichlichem Fettpolster versehen und von normaler Hautfarbe. Allerdings magerte das erste Kind erheblich ab und bekam ein blasses, elendes Aussehen, hier war aber die Purpura schon in den ersten Lebenswochen aufgetreten und zur Zeit der Kräfteabnahme schon längst wieder geschwunden. Mit Rücksicht

---

[1]) Nach Durchlesung dieses Sectionsprotokolles wird Herr Dr. Petersen seine Behauptung, dass von meinen Fällen keine Section vorliege, wohl zurücknehmen müssen.

[2]) Ich bemerke, dass dieser ganze Passus ebenso wie das Vorhergehende und Nachfolgende meiner ersten Arbeit wörtlich entnommen sind.

auf den zweiten der mitgetheilten Fälle möchte ich der Vollständigkeit halber nicht unerwähnt lassen, dass bei Neugeborenen zuweilen in Folge des Geburtsactes Blutergüsse in das Hautgewebe stattfinden. Diese den Geburtshelfern mehr als den praktischen Aerzten bekannte Form idiopathischer Purpura ist jedoch ausschliesslich auf das Gesicht beschränkt und bei Gesichtslagen am häufigsten anzutreffen. Sie ist demnach offenbar traumatischen Ursprungs und aus den localen Schwierigkeiten, welche der Kindskopf beim Passiren des Beckens zu überwinden hat, erklärlich. Es liegt auf der Hand, dass das gleiche Moment keineswegs für den vorliegenden Fall herbeigezogen werden kann, wo der ganze Körper mit zum Theile bohnengrossen Flecken wie übersäet war, so dass die Affection gleich auf den ersten Blick den Charakter einer constitutionellen Erkrankung in unzweideutiger Weise erkennen liess. (Ich komme auf diesen Gegenstand noch einmal am Schlusse der Arbeit zurück.)

Fall 3. Der Kaufmann Q. zog sich im Jänner 1872 eine syphilitische Induration zu, welcher secundäre Symptome folgten, und da er durch die eingeleitete mercurielle Behandlung bei seiner Verheirathung im April desselben Jahres noch nicht geheilt war, inficirte er seine Frau, die nunmehr gleichfalls ohne ihr Wissen mercuriell behandelt und geheilt wurde. Im Februar 1873 gebar sie ein sechsmonatliches macerirtes Kind, im Juni 1874 einen siebenmonatlichen cachectisch aussehenden Knaben, der 8 Tage alt an Nabelblutung starb.

Das dritte Kind, am 29. März 1876 geboren, war ausgetragen, überaus kräftig entwickelt, von blühendem Aussehen und mit einem so reichlichen Fettpolster ausgestattet, wie es bei Neugeborenen selten beobachtet wird. Dasselbe bekam am 5. Tage nach der Geburt, einen Tag nach dem Abfall des Nabelschnurrestes eine Blutung aus dem wenig eiternden Nabelhöcker, indem das Blut tropfenweise aus demselben hervorsickerte. Bei einer genauen Untersuchung fand ich, abgesehen von einer ziemlich ausgedehnten Desquamation an den Handflächen und Fusssohlen, nichts Abnormes, indess musste dieser Befund trotz des guten Aussehens des Kindes schon den Verdacht der Syphilis erregen, und bei der hierauf vorgenommenen Untersuchung des Vaters — bei der Mutter musste dieselbe aus äusseren Gründen unterbleiben — constatirte ich

Syphilis palmaris cornea in Form warziger Epidermisauflagerungen, die angeblich schon ein Jahr lang bestand, jedoch für ein Leiden unschuldiger Natur gehalten worden war. Deshalb wurde auch die von mir vorgeschlagene Schmiercur abgelehnt, das Kind aber in Sublimat gebadet, und gleichzeitig ein leichter Compressivverband auf den Nabel applicirt. Das Kind genas, erkrankte jedoch später, obwohl es von einer Amme genährt wurde, an Diarrhöe und starb am 21. August desselben Jahres.

Bald darauf wurde Frau Q. abermals schwanger und gebar am 18. Mai 1877 ein zwar ausgetragenes, jedoch cachectisches Kind, dass ich nicht gesehen habe, von dem ich jedoch erfuhr, dass es Ecchymosen im Gesicht, namentlich an den Conjunctiven beider Augen hatte, und dass es im Alter von 4 Tagen an Nabelblutung und Blutung aus dem After verstarb. Erst als bei letzterem durch die von Herrn Dr. Jürgens vorgenommene Section die Diagnose der Syphilis bestätigt wurde, unterzog sich Herr Q. einer antisyphilitischen Behandlung. (Von der Wiedergabe des Falles 4 nehme ich hier Abstand, da ich die Kinder nicht gesehen habe, und es sich nur um die Mittheilung eines Collegen handelt.)

Die Abhängigkeit der Nabelblutungen von der syphilitischen Dyscrasie dürfte hier um so weniger einem Zweifel unterliegen, als dieselben drei nach einander geborene Kinder eines und desselben zur Zeit der Zeugung, wenigstens des ersten, dritten und vierten Kindes mit manifester Syphilis behafteten Vaters betrafen, und bei allen dreien sich Veränderungen fanden, wie sie unter dem Einfluss der angeerbten Syphilis im Allgemeinen angetroffen zu werden pflegen.

Hierauf folgt Mittheilung von Fällen aus der Literatur; Fall 5 und 6 betreffen profuse Blutungen nach Verletzungen (Ehrenhaus, Tagebl. der Naturforscherversammlung in Graz 1875 pag. 175; Epstein, Oesterr. Jahrb. für Pädiatrik VII. 1876 pag. 119) bei nicht cachectischen Kindern syphilitischer Eltern, sowie Fälle mit Sectionsbefund aus der v. Bärensprung'schen Monographie über die hereditäre Syphilis (Berlin 1864), welche ich hier nicht wiedergebe. Nachdem ich dann die Unterschiede zwischen dieser durch Syphilis bedingten hämorrhagischen Diathese und der Haemophilie erörtert habe, komme ich zu dem Schlusse,

dass wir es hier mit einer durch das Syphiliscontagium bedingten Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und einer durch dieselbe Schädlichkeit bedingten grösseren Fragilität der Gefässwände [1]) zu thun haben. Am Schlusse meiner Arbeit heisst es dann wörtlich:

„Hiemit tritt die Syphilis haemorrhagica aus der grossen Reihe in ihren klinischen Erscheinungen quoad Blutung gleichartiger Erkrankungsformen des frühesten Kindesalters heraus, die in Bezug auf ihre entfernteren und näheren Ursachen überhaupt noch nicht genügend erforscht sind. Wie weit die Grenzen der hereditären Syphilis auf dem Gebiete dieser hämorrhagischen Diathese des frühesten Kindesalters reichen, wird erst die Zukunft lehren, jedenfalls ist sicher, dass ein grosser Theil der Fälle den pyämischen und septicämischen Zuständen bei Neugeborenen angehört. Hiefür sprechen die klinischen Erfahrungen von Ritter (Oesterr. Jahrb. für Pädiatrik 1871. II. Bd.), welche in den Versuchen von Gaspard (Journ. de Physiol. von Magendie 1882, II. pag 1, 1884, IV. pag. 1), eine Stütze finden. Aber auch die letzteren haben nur bewiesen, dass durch Einbringung faulender Substanzen in den Körper Blutungen entstehen können; welcher chemische Stoff [2]) die letzte Veranlassung hiezu gibt, und welcher Art die materiellen Veränderungen bei diesem Vorgange sind, ist noch nicht ermittelt worden. In einer anderen Reihe von Fällen, die möglicher Weise hievon zu trennen sind, fand Klebs schon eine Stunde nach dem Tode die Gefässe in derartigen Kinderleichen von zahlreichen Mikrococcen erfüllt, auf deren Anwesenheit er die Blutung zurückführt.

[1]) Herr Petersen giebt diesem, meiner Ansicht nach ganz nahe liegenden Gedanken, indem er ihn nach seiner mir unbekannten Quelle reproducirt, etwas Mystisches. Er sagt: „Behrend geht von einer fehlerhaften Beschaffenheit des Blutes aus, die eine leichte Zerreissbarkeit der Gefässe veranlassen soll, er stellt es aber nur als eine Theorie auf, ohne sich auf eine nähere Untersuchung über deren Richtigkeit einzulassen". Hätte Herr Petersen das Original gelesen, er hätte sich diese Bemerkung sicherlich erspart.

[2]) Ich erinnere daran, dass der Aufsatz im Jahre 1878 geschrieben wurde, zu einer Zeit also, wo wir über die pathogenetische Bedeutung der Microorganismen noch keine so sichere Kenntnis hatten wie heute.

Was aber speciell die Syphilis betrifft, so wird es der Zukunft vorenthalten bleiben zu ermitteln, ob sich bei ihr concrete Veränderungen am Capillarrohr auffinden lassen. Die specifisch syphilitischen Erkrankungen, welche Heubner am Gefässapparat beschrieben hat, beziehen sich auf die arteriellen Gefässe und lassen keinen Schluss auf die Capillaren zu, um die es sich hier hauptsächlich handelt".

Aus dem soeben mitgetheilten Schlusssatz meiner Arbeit geht also hervor, dass, wie anderen Aerzten, so auch mir bereits im Jahre 1878 gar nicht unbekannt war, dass Blutungen bei Neugeborenen sehr häufig als Symptome septischer Infection vorkommen. Demnach hat der Fall, welchen Herr Petersen zum Ausgangspunkte seiner Deductionen machte, einen wesentlichen Beitrag zur Erweiterung unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete nicht geliefert, es sei denn die Thatsache, dass Jemand, der mit der Pathologie der Neugeborenen nicht hinlänglich vertraut ist, sehr leicht in Gefahr kommt eine falsche Diagnose zu stellen. Von diesem Gesichtspunkte aus kann ich daher dem Falle einen gewissen Werth nicht absprechen, nur muss man sich hüten, daraus weitere Schlüsse zu ziehen und zu sagen: weil im vorliegenden Falle die Blutungen nicht von Syphilis abhängig waren, so giebt es überhaupt keine Syphilis haemorrhagica. Jeder, der meine Krankengeschichten aufmerksam durchliest, wird sehen, dass sich überall bei sonst wohlgenährten Kindern ausser den Blutungen noch unzweifelhafte Symptome manifester Syphilis vorfanden, welche der Diagnose eine gewisse Stütze boten, und wenngleich es mir sehr wahrscheinlich ist, dass unter Umständen Blutungen in Folge von Syphilis auch ohne anderweitige Erscheinungen vorkommen können, so möchte ich mich doch nur schwer entschliessen aus dem klinischen Bilde allein die Diagnose der Syphilis zu stellen.

Dieselbe wird unter solchen Umständen immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein, so lange wir nicht alle übrigen Ursachen derartiger Blutungen mit Sicherheit ausschliessen können. Uebrigens möchte ich hier noch ergänzend hinzufügen, dass die Syphilis haemorrhagica nicht ausschliesslich bei Neugeborenen

vorkommt. Ich habe nämlich vor einiger Zeit einen Fall beobachtet, in welchem neben gummöser Syphilis sich ausgedehnte Sugillationen am linken Arme vorfanden. Der Fall betraf einen Collegen, der in meiner Behandlung stand, mir aber von vornherein die dringende Bitte aussprach, von einer Veröffentlichung des Falles durchaus Abstand zu nehmen.

Ueber den Werth der verschiedenen Impfstoffgattungen aus dem staatlich subventionirten Hay'schen Kuhpocken-Impfinstitute in Wien.

Comité-Referat, dem niederöst. Landes-Sanitäts-Rathe erstattet in der Sitzung vom 17. December 1883 durch den L.-S.-R. Primararzt Dr. Oser in Wien.

Ueber Antrag des n.-ö. L.-S.-R. hat die h. Statthalterei ein Comité, bestehend aus Prof. Wedl, Prof. Nowak und dem Referenten eingesetzt, welchem die Aufgabe zugetheilt wurde, eine eingehende Prüfung der Haftbarkeit und Haltbarkeit der verschiedenen Impfstoffgattungen aus dem Hay'schen Impfinstitute vorzunehmen.

Das Comité hat sich im Winter vergangenen Jahres (1882 — 1883) constituirt und einen Arbeitsplan zur Lösung der ihm gestellten Aufgaben entworfen.

Das Comité hatte zu berücksichtigen:

1. Die Abimpfung vom Kalbe.
2. Die Impfstoffsammlung.
3. Die Art der Aufbewahrung des Impfstoffes.
4. Die Impfung an Kindern.
5. Die Resultate der Impfung nach den Kategorien und dem Alter des Impfstoffes.
6. Den Verlauf des Impfprocesses.

Das Comité hat allen diesen Momenten gebührende Aufmerksamkeit geschenkt und auf das thatkräftigste unterstützt von Herrn Hay, der den Impfstoff bereitwillig lieferte, versucht, die von der h. Statthalterei vorgelegten Fragen, soweit das zu Gebote stehende Materiale es gestattete, möglichst objectiv zu beantworten.

Da im Winter die Impfung fast vollständig darniederliegt, und in erster Linie Aufgabe des Comités war, praktische Versuche an Kindern zu machen, so konnte man erst mit Beginn der Impfsaison an die eigentliche Arbeit gehen.

Es war dem Comité möglich gemacht worden, die öffentliche Impfung in einem Wiener Gemeindebezirke zu Versuchszwecken zu verwerthen.

Die Abimpfung vom Kalbe, die Sammlung des Impfstoffes, die Herstellung der verschiedenen Arten des Impfstoffes, die Verimpfung desselben geschah unter Controle des Comités und auch die Resultate wurden von Comité-Mitgliedern geprüft und richtig gestellt.

Am 5. Tage nach der Einimpfung des Kalbes wurde der Impfstoff gesammelt, entweder als flüssige Lymphe in Phiolen oder durch Abschaben der Pockenpustel, bei welcher Procedur ausser der flüssigen Lymphe auch Gewebstheile mitgenommen wurden. Die in der letzgenannten Weise gewonnene Lymphe wurde entweder auf Beinlancetten eingetrocknet (Trockenlymphe) oder mit Glycerin vermengt und zwar wieder auf zweierlei Art, entweder die mit Gewebstheilen vermengte Lymphe wurde fein verrieben und mit Glycerin vermengt in Phiolen abgezogen (Glycerinlymphe) oder unverrieben, mit Glycerin vermengt, in kleinen gut verschliessbaren Eprouvetten aufbewahrt (Glycerinpasta). Das Datum der Abimpfung wurde genau bezeichnet, der Impfstoff vom Referenten verwahrt und zur Verimpfung hergegeben, so dass das Alter des Impfstoffes immer genau angegeben werden konnte. Die Abimpfung vom Kalbe geschah in der Weise, dass die Pocke mit einer Sperrpincette abgeklemmt wurde und entweder die früher austretende flüssige Lymphe (die gewöhnlich mit Blut oder Serum gemischt ist) in Capillarröhrchen aufgehoben (flüssige Lymphe) oder mit einem Elfenbeinstäbchen über die Pocke gestrichen wurde und der aus Flüssigkeit und Gewebe bestehende anhaftende Theil entweder eingetrocknet oder mit dickflüssigem (Sarg-schen) Glycerin vermengt wurde. Wir hatten demnach zwei Hauptkategorien von Impfstoff, die rein flüssige und die mit Gewebstheilen vermengte Lymphe, welche wieder in drei verschiedenen Arten verwendet wurde: als Trockenlymphe, als Glycerinpasta und als Glycerinlymphe.

Die Impfung der Kinder wurde im Gemeindehause in der Zeit vom 13. Juni bis 5. September von den öffentlichen Impfärzten und unter Controle der Comité-Mitglieder ausgeführt.

Die Resultate der Impfung waren folgende:

I. Es wurden im Ganzen 173 Impfungen ausgeführt an 13 Impftagen. Haftungen 143, Misserfolge 31. Ergibt ein Haftungspercent von **80%**.

Sieben Impfungen mit 7 Misserfolgen sind in Abrechnung zu bringen und zwar bei Nr. 17, Leopoldine Löhner, welche am 24. Juni und 4. Juli mit trockener Lymphe und später und zwar am 11. Juli mit Glycerinlymphe und am 1. August mit Pasta geimpft wurde. Später stellte sich heraus, dass das Kind geblattert hatte. Dasselbe war der Fall bei Nr. 94, Alois Sršen und bei Leopold Hora, der am 29. August und 5. September ohne Erfolg mit Pasta geimpft wurde. Nach Abzug der 7 Fälle ergibt sich: 166 Impfungen seit 142 Erfolgen also **85%** Haftung.

Unter den 166 Impfungen sind 15 Kinder, welche mehreremale geimpft wurden. Bei 12 von diesen Kindern hatte die Schlussimpfung ein gutes Resultat. Nach 25 Impfungen 12 Erfolge. Bringt man dieses Moment als Schlussresultat zur Geltung, so kommen auf 166 Impfungen 154 Erfolge = **92%** Enderfolg.

II. Resultate nach Impfstoffarten:

a) Flüssige Lymphe 1 Tag alt $\frac{6}{6}$ 100% Haftung.

Flüssige Lymphe 22 Tage alt $\frac{2}{0}$ 0% Haftung.

b) Glycerinlymphe:

$$\frac{9 \text{ Impfung}}{7 \text{ Erfolg}} \quad \frac{7}{7} + \frac{29}{25} + \frac{16}{10} + \frac{8}{8} + \frac{11}{11} =$$

= 74 Impfungen, 68 Haftungen = **92%**, rectificirt 72 Impfungen 68 Haftungen = **94%** Haftung

und zwar nach dem Alter des Impfstoffes:

	Impfung	Erfolg
14tägige Lymphe	9	7
21 " "	7	7

	Impfung	Erfolg
28tägige Lymphe	28	25
30 „ „	10	10
36 „ „	11	11

Man sieht daraus, dass bis 36 Tage sehr guter Erfolg (100%) constatirt wurde bei Glycerinlymphe.

c) Glycerinpasta:

$$\frac{\text{Impfung}}{\text{Erfolg}} \quad \frac{11}{11} + \frac{3}{3} + \frac{7}{7} + \frac{5}{5} + \frac{12}{12} + \frac{3}{0} + \frac{5}{1}$$

Die guten 38 Fälle mit 100% Erfolg im Ganzen 86%, rectificirt 90%.

Nach dem Alter des Impfstoffes:

15 Tage . . . . = 100% Erfolg
22 „ . . . . = 100% „
20 „ . . . . = 20% „
29 „ . . . . = 100% „
35 „ . . . . = 100% „
36 „ . . . . = 100% „
27 „ . . . . = 0% „

Das Alter bis 36 Tage hatte also auf den Erfolg keinen Einfluss.

d) Trockenlymphe:

$$\frac{\text{Impfung}}{\text{Erfolg}} \quad \frac{3}{3} + \frac{7}{7} + \frac{8}{5} + \frac{15}{9} + \frac{7}{5} = \frac{40}{29} =$$

72% Erfolg, rectificirt 38 mit 29 Erfolg = 77%.

Nach dem Alter des Impfstoffes:

1 Tag . . . . = 100%
14 Tage . . . . = 62·5%
18 „ . . . . = 100%
21 „ . . . . = 60%
16 „ . . . . = 71%

Die Impfresultate mit dem Trockenstoffe stehen im Widerspruch mit den in anderen Ländern gewonnenen Resultaten. Die Ursache hiefür liegt aber nicht im Stoff, sondern in der Art der Impfung. Gerade die Versuche des Comités haben klar gezeigt, dass die Art der Impfung, die Geschicklichkeit und Sorgsamkeit,

mit der geimpft wird, von wesentlichem Einfluss auf den Erfolg sind.

Wenn wir die Resultate nach den Impfärzten betrachten, so ergibt sich:

Impfarzt A hatte bei 57 Impfungen 44 Erfolge = 77%.

" B $\frac{23}{15}$ Impfung / Erfolg . . . . = 65%.

" C $\frac{46}{41}$ Impfung / Erfolg . . . . = 83%.

und rectificirt . . . . = 89%.

" D $\frac{42}{39}$ Impfung / Erfolg . . . . = 95%.

Mit demselben Impfstoff hatte also ein Impfarzt 95% Erfolg, während ein anderer nur 65 oder 77% hatte. Hier kann somit der Fehler nicht im Stoff liegen, sondern in persönlichen Momenten.

Die Art einer öffentlichen Impfung kann es erklären, wenn das Gesammtresultat nicht ein so günstiges ist, als es sein könnte. Von eigentlichen Impfinstituten liegen eine grosse Anzahl von Daten vor, welche ein Impfresultat über 99% geben, so für Rotterdam 1876: 99·3%, 1877, 99·8, in Amsterdam 1877, 100%. Diese Zahlen bezeichnen allerdings zumeist die Endresultate nach wiederholter Impfung. Voigt in Hamburg hatte 1878 bei Erstimpfung 94·1%, bringt die Percente aber durch 1—3malige Nachimpfung auf 98·8%. Dem gegenüber ist das Resultat 80% und Endresultat 92% gerade kein sehr gutes.

Bei der öffentlichen Impfung liegen aber die Verhältnisse anders als bei einem Privatinstitute.

In einem verhältnissmässig engen Raume ist eine grosse Anzahl unruhiger schreiender Kinder zusammengedrängt und unwillkürlich ist der Impfarzt von dem Lärm und der Unruhe beeinflusst und man sucht so rasch als möglich die Schreihälse wegzuschicken. Bei der Anwendung des trockenen Impfstoffes ist das rasche Impftempo von besonderem Nachtheile, weil das Aufweichen eine wesentliche Vorbedingung für die Haftung ist. Wenn die auf der Lancette eingetrocknete Lymphe nicht gehörig aufgeweicht wird, was eine ziemliche Zeit in Anspruch nimmt, dann spült das aus der gesetzten Wunde heraussickernde Blut den Impfstoff

weg und er kommt nicht zur Haftung. Bei den anderen Impfstoffsorten, bei welchen eine Suspension der festen Theilchen in Flüssigkeit verimpft wird, kommt dieses Moment weniger zur Geltung. Aber sicher ist auch hiebei das rasche Tempo von Nachtheil. Kaum ist das eine Kind geimpft, so kommt schon ein zweites an die Reihe. Der Impfarzt kann die Impfstellen des zuerst geimpften Kindes nicht mehr beobachten. Der Impfstoff wird verwischt durch die Unachtsamkeit der begleitenden Personen und es gibt dann keine Haftung.

Bei der Verwendung der animalen Lymphe kommt viel auf die persönliche Geschicklichkeit und Geduld an und nur so ist die Verschiedenheit der Resultate bei verschiedenen Impfärzten zu erklären.

Dem Comité lag in erster Linie die Aufgabe vor, die Verwendbarkeit des Hay'schen Impfstoffes in Bezug auf Haftbarkeit und Haltbarkeit zu prüfen, und nach dieser Richtung kann man der genannten Lymphe nur eine gute Qualität nachsagen.

Wenn man die durch den besten Impfarzt gewonnenen Resultate von 95% Haftung ohne Rücksicht auf wiederholte Impfung constatirt, so ist dies Resultat in Bezug auf den Werth des Impfstoffes ein zufriedenstellendes.

Es ist gewiss, dass bei reicherer Erfahrung und noch grösserer Sorgsamkeit, als sie bei der öffentlichen Impfung möglich ist, mit dem Hay'schen Stoffe ein noch besseres Resultat erzielt werden kann.

Die Reaction war in allen Fällen mit Ausnahme von zweien eine sehr mässige. Nur zweimal war bei der Verwendung von Glycerinlymphe eine stärkere Schwellung, die aber bald wich.

Erysipel oder Phlegmone wurde niemals beobachtet, auch kam es zu keiner unangenehmen Consequenz.

Wenn auch die gewonnenen Zahlen nicht bedeutend sind, so lassen sich doch folgende Schlüsse in Bezug auf die dem Comité vorgelegten Fragen ziehen:

1. Die reine flüssige animale Lymphe ist am allerwenigsten für die Weiterimpfung tauglich. Sie haftet sicher viel schlechter und geht viel leichter in Zersetzung über als der übrige Stoff. Ihre Verwendung für die Impfung ist deshalb nicht zu empfehlen.

2. Die Impfstoffkategorien aus dem Hay'schen Institute, welche Gewebstheile enthalten, sind haltbar und haftbar sicher bis zu dem Alter von einem Monat.

3. Die Glycerinbeimengung behindert die Haftbarkeit und Haltbarkeit nicht.

4. Die Trockenlymphe gibt ein gutes Resultat, wenn die Procedur bei der Verimpfung eine zweckmässige ist, wenn der Impfstoff gehörig aufgeweicht und fein vertheilt in die Impfwunde eingerieben wird. Selbstverständlich muss dieses Aufweichen in reinem, früher gekochten Wasser geschehen, wie überhaupt bei der ganzen Impfoperation die grösste Reinlichkeit, die Reinigung der Instrumente mit Carbol vor jeder Impfung, das sorgfältige Waschen der Haut, das Abfliessenlassen des Blutes vor der Eintragung des Impfstoffes nothwendig ist.

Man hat in den letzten Jahren in allen Ländern der Conservirung der animalen Lymphe grosse Aufmerksamkeit geschenkt, und eine reiche Literatur gibt Zeugniss von dem allgemeinen Bestreben, der animalen Vaccine den Weg zu bahnen und die Impfung mit humanisirter Lymphe ausser Curs zu setzen. Die Vortheile stehen auch zu sehr auf Seite der animalen Vaccine, als dass es anders sein könnte. Ref. hat in früheren Referaten die Nothwendigkeit der obligatorischen Einführung der animalen Vaccine eingehend beleuchtet, und diese Erkenntniss hat sich allenthalben Bahn gebrochen. Die schärfste Waffe wird den Impfgegnern entwunden, wenn die Uebertragung von Krankheiten absolut ausgeschlossen ist und dies geschieht durch die Impfung am Thiere, das man sowohl im lebenden als im todten Zustande genau untersuchen kann, bevor der Impfstoff zur Verwendung gelangt. Animalen Impfstoff kann man zu jeder Zeit in beliebiger Menge haben und man kann ihn, wie neuere Forschungen ergeben, monatelang selbst jahrelang conserviren, ohne dass er an Impfkraft verliert und ohne dass die Impfung mit demselben schädliche Folgen mit sich bringt. Schon vor mehreren Jahren trocknete Dr. Frappolli die mit dem Pockenboden ausgeschnittene Pustel mit der pneumatischen Maschine ein, er hat so behandelte und 4 Jahre lang aufbewahrte Vaccine mit Erfolg verimpft. Dr. Margotta in Neapel pulverte die Masse der eingetrockneten

Pustel und fand die Wirksamkeit dieses Pulvers noch nach Monaten erhalten. In Deutschland sind in der letzten Zeit zwei Conservirungsmethoden eingeführt worden, die eine nähere Beleuchtung verdienen, und zwar die von Pissin und von Reissner.

Pissin schabt die Pustelmasse von ihrer Basis ab, streicht sie in ein Uhrschälchen, das auf 8—10 Pocken 6 Tropfen Glycerin und 6 Tropfen $^1/_2$% Salicylwasser enthält, mischt gut, lässt einige Stunden stehen und füllt dann den klaren Glycerinauszug auf verschieden grosse Capillaren. Von einem Kalbe können im Durchschnitte 300 Capillaren gefüllt werden, jedes für 1—2 Impflinge ausreichend.

Reissner in Darmstadt wendet folgende Conservirungsmethode an: Die Pusteln der Kälber werden 5 Mal 24 Stunden nach der Impfung ohne Anwendung einer Klemmpincette je nach ihrer Consistenz einfach abgeschabt oder ausgeschnitten. Die Masse wird möglichst dünn auf Glasplatten ausgebreitet und kommt sofort bei gewöhnlicher Zimmertemperatur in einen Exsiccator, wie er in den chemischen Laboratorien üblich ist, d. h. in ein Glasgefäss von der Form eines Einsatz-Kochtopfes, welches in seinem unteren verengerten Theil concentrirte Schwefelsäure enthält und oben durch einen am Rande mattgeschliffenen und mit Vaselin bestrichenen Glasdeckel verschlossen ist. Die in dem Apparat eingeschlossene Luft wird durch die Säure völlig entwässert, aller aus dem Impfstoff abgegebene Wasserdunst sofort absorbirt. Nach ein- bis zweitägigem Verweilen in diesem Apparat ist der Impfstoff so hart und trocken geworden, dass er sich zu feinem Pulver zerreiben lässt. Das Zerreiben geschieht in einem kleinen Achatmörser. Nach dem Zerreiben und bis unmittelbar vor der Anwendung kommt das Pulver wieder in den Apparat und zwar kommt der sämmtliche von einem und demselben Kalbe herrührende Impfstoff jedesmal zusammen in ein Glas.

Das aus dem Exsiccator kommende, hellgraubraune, geruchlose und äusserlich auf sein Alter nicht zu taxirende Pulver wird unmittelbar vor der Anwendung mit etwas Wasser oder bei länger dauernden Impfterminen zur Verhütung des Austrocknens mit verdünntem Glycerin angefeuchtet. Im Anfang wird das Pulver von Wasser nicht benetzt, es schwimmt darauf und bedarf bei wiederholtem Durchrühren etwa 5 Minuten, um in denjenigen

Grad von Quellung zu kommen, der bei weiterem Wasserzusatz die Herstellung eines dickflüssigen Breies gestattet. Dieser Brei wird mit einer Impfspatel in die nicht zu tief angelegten Impfschnitte etwas kräftig eingerieben. Reissner hat bei Impfungen mit dieser Trockenlymphe 98·6% Erfolg erzielt, also nur 1·4% ohne Erfolg und hat sie noch nach 7 Monaten erfolgreich verimpft.

Bei weiterer Anwendung seines Verfahrens hat Reissner es zweckmässig gefunden, nicht blos die Trockensubstanz der sämmtlichen Pusteln eines Kalbes, sondern die von mehreren Thieren gewonnene Masse zusammenzureiben, um eine grössere Gleichmässigkeit des Erfolges zu erzielen.

Im Berliner Gesundheitsamt sind vom Regierungsrath Koch unter Mitwirkung des Dr. Feiler und Dr. Pissin in der Zeit vom 14. December 1881 bis Anfang Mai 1882 Versuche über die Lymphe von Dr. Pissin und Dr. Reissner ausgeführt worden. Beiderlei Impfstoffe erwiesen sich als annähernd gleich wirksam. Bei Prüfung eines fast 1½ Jahre alten, im Exsiccator aufbewahrten Impfstoffes zeigte es sich, dass dieser seine Wirksamkeit fast vollständig bewahrt hatte. Börner, der über diese Versuche referirt, will, da sich bei der animalen Impfung mittelst conservirter Lymphe die Uebertragung der Tuberculose wie der Syphilis vermeiden lasse, die animale Impfung in ganz Deutschland obligatorisch eingeführt wissen. Es dürfe aber die Herstellung conservirbarer Lymphe nicht der Privatindustrie überlassen werden.

Mit dem Reissner'schen Pulver wurden im vergangenen Jahre die obligatorischen Impfungen in Hessen-Darmstadt durchgeführt. Reissner schreibt darüber Folgendes:

1. Die bei uns lediglich vom Staate angestellten öffentlichen Impfärzte haben in den Terminen nur die ihnen von dem hiesigen Impfinstitut gratis gelieferte Lymphe zu verwenden. In Erstimpfungen habe ich dieselbe noch nach 5—6 Monaten mit Erfolg verwendet, bei Revaccinationen ist das Resultat natürlich um so besser, je jünger das Alter des Impfstoffes ist.

2. Die praktischen Aerzte erhalten auf Anforderung den Impfstoff unentgeltlich.

3. Erysipelatöse Umgebung der Impfstellen habe ich bisher nur bei ganz frischem, niemals bei älterem Impfstoff gesehen.

In der allerjüngsten Zeit ist eine interessante Arbeit von Hager über die conservirbare Lymphe nach Reissner erschienen, welche in der That ausgezeichnete Resultate ergab. Er bestätigt in Allem die Angaben Reissner's. Das sofortige Aufheben der Substanz unter dem Exsiccator, sagt Reissner, schützt dieselbe auch bei Sommertemperatur vor Fäulniss, die wasseranziehende Schwefelsäure wirkt in diesem Falle ähnlich wie bei einem antiseptischen Verbande das Torfmoos. Das Pulver verträgt die mannigfachsten desinficirenden Zusätze. Am 15. September d. J. impfte er ein Kind mit Pulver, verdünnt mit 1 : 2000 Sublimatlösung, ein zweites mit Lösung von 1 Sublimat auf 500 Glycerin, mit 800 aq. dest., es blieb keine der kleinen Scarificationen aus. Ebenso günstig verlief die Impfung bei einer 1 p. mill. Sublimatlösung und bei einer Verdünnung in 4% Carbollösung.

Der Vorzug, welcher gerade entscheidend genannt werden muss für das Präparat, sagt Hager, ist die ungemeine Reinlichkeit, in welcher wir es erhalten:

Bedenkt man, dass von einem Kalbe Pulver erzeugt werden kann, dass man bis zu 3000 Impfungen damit vollziehen kann, so kann man ermessen, dass es zu keiner Zeit irgendwo Lymphmangel mehr geben kann.

Die Schlusssätze Hager's lauten:

1. Die Impfung mit Reissner'schem Pulver ist zur Zeit die vorzüglichste aller Vaccinationsmethoden.

2. Sie setzt jeden sich mit Impfungen in ausgedehnterer Weise beschäftigenden Arzt in den Stand, sich genügende animale Lymphe zu verschaffen.

3. Die facultative Impfung mit animaler Lymphe ist gegenwärtig die Pflicht der Aerzte, der obligatorischen Impfung mit animaler Lymphe stehen Hindernisse nicht mehr entgegen.

Diese interessanten Ergebnisse lassen es sicher erwünscht sein, dass sie auch bei uns in Oesterreich controlirt werden. A priori lässt sich annehmen, dass der im Exsiccator getrocknete und aufbewahrte Impfstoff vor Fäulniss geschützt ist und dass damit ein ungemein wichtiges, der Impfung zu Gute kommendes Moment gewonnen ist.

Will man die Impfung obligatorisch haben, so dürfen durch dieselbe keinerlei Nachtheile für die Geimpften entstehen und es

muss Impfstoff zu jeder Zeit in genügender Quantität zu haben sein. Wenn es richtig ist, dass durch die Reissner'sche Methode die Fäulniss ausgeschlossen ist und die Haftbarkeit erhalten bleibt, dann wäre es auf diesem Wege sicher möglich, die Impfung obligatorisch einzuführen.

Die aus dem Hay'schen Institute gelieferten Präparate stehen in Bezug auf das Haftungspercent dem von Reissner und Hager dem Reissner'schen Pulver zugeschriebenen nach und ihre Haltbarkeit steht, wie man a priori wenigstens annehmen kann, dem Reissner'schen Pulver nach.

Es scheint deshalb sicher angezeigt, dass bei uns auch Versuche mit dem Reissner'schen Impfpulver gemacht werden und das Comité glaubt, dass der niederöst. L.-S.-R. sich in diesem Sinne aussprechen möge. Es müsste jetzt schon das Pulver erzeugt und aufbewahrt werden, damit man während der Impfsaison auch mit älterem Impfstoff manipuliren könne. Das bisher bestehende Comité erklärt sich gerne bereit, die Versuche im nächsten Jahre fortzusetzen und seinerzeit darüber zu berichten.

Das gefertigte Comité erlaubt sich demnach folgende Anträge zu stellen und dem Sanitätsrathe zur Annahme zu empfehlen:

1. Da die durch das Comité über die Haftbarkeit und Haltbarkeit der Hay'schen Impfstoffpräparate angestellten Versuche ein im Ganzen zufriedenstellendes Resultat ergaben, so könne bei der nächstjährigen Impfperiode die Hay'sche Glycerinlymphe, die Glycerinpasta und die Trockenlymphe bis zum Maximalalter von einem Monate zur Impfung verwendet werden. Bei der Verwendung der Trockenlymphe ist insbesondere auf das genügende Aufweichen des Stoffes Rücksicht zu nehmen.

2. Es seien im nächsten Jahre die Versuche fortzusetzen und das Comité zu beauftragen, insbesondere die Reissner'sche Conservirungsmethode in Bezug auf ihren Werth zu prüfen.

Dieser Bericht wurde sammt den Anträgen in der Sitzung des n.-ö L.-S.-R. vom 17. December 1883 einhellig angenommen und die Veröffentlichung von Sr. Excellenz dem Statthalter von Niederösterreich genehmigt.

Die Redaction.

Beitrag zur Behandlung des Lupus

von

Dr. S. Kohn

gew. Secundararzt I. Cl. des k. k. Krankenhauses „Rudolfstiftung", Assistent an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

(Hiezu eine Zeichnung in Holzschnitt.)

Zur Bekämpfung dieses chronischen, viel verbreiteten, schweren und entstellenden Leidens ist bekanntlich eine ganze Reihe von Mitteln und Behandlungsmethoden mit verschiedenem Erfolge versucht worden.

Die Hauptmomente der Lupustherapie gipfelten seit jeher begreiflicher Weise in dem Streben nach einem Heilverfahren, durch welches der lupöse Process gründlich, d. h. mit Aussicht auf Dauerheilung und auf das Ausbleiben der Recidive, möglichst rasch, schmerzlos, bequem und mit Hinterlassung von nicht entstellenden, also möglichst kleinen, zarten und flachen Narben beseitiget werde.

Auf welche Weise und mit welchem Erfolge dieses angestrebte Ziel im Laufe des letzten Decenniums zu erreichen versucht wurde, möge aus nachfolgender chronologischer Anführung der einzelnen Heilmethoden beurtheilt werden.

Die innerliche Behandlung des Lupus, durch welche man theils die Beseitigung der etwa vorhandenen Dyscrasie (Scrophulose, Syphilis, Chlorose etc.), theils indirect das Schwinden des Lupusherdes durch Einverleibung von Leberthran-, Quecksilber-, Jod-, Eisen-, Arsen-, Gold- und Antimonpräparaten etc. anstrebte, wurde von der localen Behandlung ganz verdrängt. Gegenwärtig wird somit nur in solchen Fällen, wo es sich um Hebung der herabgesetzten Ernährung handelt, die locale Behandlung durch entsprechende Medication und Diätregulirung unterstützt.

In jüngster Zeit wurde von Doutrelepont[1]), welcher mit anderen Autoren (Besnier, Aubert, Unna etc.) den Lupus als eine bacterielle Erkrankung (Tuberculose der Haut) erklärt, nebst der localen antiseptischen Behandlung mit Sublimat, das Arsen in Form der Solutio Fowleri (auf Empfehlung H. Buchner's, die Tuberculose mit Arsen zu behandeln) allen Lupösen innerlich verabreicht, um, wie sich Doutrelepont ausdrückt, den Heilungsprocess zu beschleunigen.

Fox empfiehlt lang andauernde Anwendung des Phosphors.

Zur localen Behandlung des Lupus wurden zweierlei Arten von Mitteln in Verwendung gebracht, und zwar:

I. Indirect wirkende Heilmittel.

II. Den Lupusknoten direct zerstörende Mittel.

ad I. Hieher gehören alle die Krusten erweichenden und die Knoten oberflächlich macerirenden Mittel, als: indifferente Fette, Oele, Leberthran, Schmierseife, Empl. saponat. etc.; ferner die chemischen, nicht ätzenden, entweder die Resorption befördernden (Empl. hydrarg. etc.) oder einen entzündlichen Zustand der erkrankenden Haut erregenden Mittel, durch welche der allmähliche Zerfall und die Rückbildung (spontane Involution) der Lupusknoten und Lupusinfiltrate bewirkt wird: Theer (Devergie), Schwefelpasta (Wilson), Chrysarobin (Squire), Pyrogallussäure (Jarisch), Jodoform (Riehl).

Cyklische Einpinselungen mit Nitras argenti- und Chlorzink-Lösungen, methodische Einpinselungen mit Jodglycerin und Jodtinctur.

Die letztgenannten Mittel finden eine zweckmässige Verwendung theils zur Verminderung der nach energischer Lupusbehandlung zurückgebliebenen Hyperämie (auf jungen gefässreichen Narben), theils als Verbandmittel auf exulcerirten und geätzten Stellen, theils zur Erweichung und Abflachung wulstiger Narben.

An diese chemischen, nicht ätzenden Mittel reihen sich noch folgende, in jüngster Zeit empfohlene Heilmethoden:

---

[1]) Monatshefte für praktische Dermatologie, Bd. III, Nr. 1, 1884 (nach einem Vortrage mit Vorstellung von Kranken in der Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde vom 18. November 1883).

Von Doutrelepont wurde, wie oben erwähnt, der Sublimat zur Lupusheilung anempfohlen. Anfangs wurden von D. nur schwache Lösungen, zuletzt solche von 0·1percentiger Lösung angewendet. Nach D. sieht man die mit fungös wuchernden Granulationen bedeckten ulcerirten Stellen unter in Sublimat eingetauchten und ausgepressten Compressen sich abflachen, die obgenannten Granulationen schwinden und an ihrer Stelle gesunde Granulationen auftreten. Jedoch sollen zuweilen in Folge der Reizung dieses Mittels Pusteln entstehen. Die entstehenden Narben sind verhältnissmässig glatt. D. gibt zu, dass bei lang bestehendem ausgebreitetem Lupus diese Behandlung nicht so häufig zum Ziele führe, als wenn das Lupusgewebe durch Aetzen oder Auskratzen zerstört wird.

Von Unna[1]) wird in jenen Fällen, in welchen die ein- oder mehrmalige Ausschabung mit nachfolgender chemischer Behandlung aus irgend einem Grunde nicht vorgenommen werden kann, eine andauernde (von ihm als solche bezeichnete) chemische Behandlung angewendet.

Er gebraucht Sublimat in Form von Carbol-Zinksublimat-Pflastermull, der an Sublimat etwa 1 Percent, an Carbolsäure gegen 20 Percent und an Zinkoxyd an 30 Percent enthält. Die grosse Menge Zinkoxyd soll die deletäre Wirkung des Sublimats auf die gesunde Epidermis, soweit dies über gesunder Cutis, lang verhindern; die gesunde Decke über Lupusknoten dagegen exulcerirte in gewünschter Weise.

Daneben benutzt Unna mit Erfolg einen Zinkarsenik-Pflastermull. Noch bessere Erfolge will Unna mit einem Pflastermull von folgender Formel erzielt haben: Rp. Sublim. 1,0, Kalium sulfoichthyolicum 10.0 pro Rolle.

In dieser Weise soll Unna sechs Fälle von Lupus mit günstigem Erfolge behandelt haben.

Eine weitere Anwendung chemischer Hilfsmittel versuchte Unna in der Durchnähung des Lupusherdes mittelst Sublimat-Jodoformcatgutfäden, welche man einheilen und an ihre Umgebung allmählich und reizlos ihr Medicament abgeben lässt.

---

[1]) Monatshefte für praktische Dermatologie Nr. 2 und 3, 1884.

ad. II. Hieher gehören:

A. Chemisch wirkende Cauteria.

B. Physikalische Einwirkungen (mechanische Proceduren, Glühhitze).

ad A. Die wichtigsten und gebräuchlichsten Aetzmittel sind:

Der Lapisstift (Lapis en crayon). Derselbe kann in die einzelnen Lupusknoten eingebohrt werden, und hat den Vortheil, dass er in das gesunde Gewebe nicht eindringt. Er wird also überall dort, wo es sich um eine scharfbegrenzte Aetzung handelt, Verwendung finden können. Als Nachtheil desselben muss aber die durch das Einbohren und Aetzen oft 1—2 Stunden anhaltende Schmerzhaftigkeit betrachtet werden.

Das Kali causticum und Chlorzink en crayon (die Stäbchen des letzteren werden nach Köbner aus 1 Gr. Chlorzink, 5 Dcgr. bis 1 Dcgr. Kalisalpeter und ebensoviel Chlorkalium verfertigt und in Staniol gehüllt oder das Chlorzinkpulver nach Canquoin-Veiel mit Mehl zu einem Teig angerührt) zerfliessen leicht an der Luft und theilen mit der Wiener Aetzpasta (Kali caust. Calcariae caust. āā part. aeq.), sowie mit der Landolfischen Pasta (Chlorzink, Chlorobrom, Chlorantimon) den Nachtheil, dass durch sie nicht nur der Lupusherd, sondern auch das gesunde Gewebe verkohlt wird. Ein weiterer Nachtheil des Chlorzinks ist der, dass das Blut beim Aetzen nicht gerinnt; die Schmerzhaftigkeit ist nicht viel geringer und die Narbenbildung nicht günstiger als bei Lapisätzung.

Ferner gehören zu den Aetzmitteln: Glycerin mit Blausäure (Tilbury Fox), Jodglycerin (Lugol und Richter) und die verschiedenen Arsenikpasten (v. Hebra modificirte Côsme'sche Pasta: Arsen. alb. 1,0; Cinnab. fact. 3,0; Ung. spl. 24,0). Vor der Anwendung der letztgenannten Pasta, welche heftige Schmerzen verursacht, ist von verschiedenen Seiten gewarnt worden, weil tödtliche Vergiftungen[1]) in Folge der von den Aetzstellen erfolgten Resorption des Arseniks vorgekommen sind. Aus diesem Grunde ist auch nur ein beschränkter Gebrauch derselben gestattet.

Die Behandlung des Lupus mit Aetzmitteln scheitert daher nicht nur an den oben angeführten Gründen (Schmerzhaftigkeit,

---

[1]) Hebra, Wiener medicinische Wochenschrift, 1871.

unberechenbare Ex- und Intensität der Einwirkung von Lösungen und Pasten), sondern auch daran, dass sie vermöge ihrer Eigenschaft, die Gewebe zu verschorfen und durch Eiterung zur Abstossung zu bringen, die Vernarbung prolongiren.

Die Aetzstifte zeigen sich allerdings dort am kräftigsten, wo es sich um Zerstörung von punktförmigen Lupusherden handelt, haben aber neben den schon früher beschriebenen Nachtheilen noch den, dass sie bei Flächeninfiltraten schwer zu verwenden sind.

Durch die mechanische Behandlungsmethode wurde die frühere ausgebreitetere Anwendung der Aetzmittel zum grössten Theile verdrängt und werden dieselben jetzt zumeist mit dem obigen Heilverfahren in nachträgliche oder gleichzeitige Verbindung (gemischte Behandlung) gebracht.

ad B. Die physikalischen Behandlungsmethoden werden in Form von

1. mechanischen Proceduren,
2. Glühhitze

in Verwendung gebracht.

ad 1. Mit Rücksicht auf die verschiedene In- und Extensität, sowie in Anbetracht der verschiedenen Lupusstadien werden von verschiedenen Autoren entweder gewisse mechanische Behandlungsmethoden allein oder in Verbindung mit Aetzmitteln und chemischen Agentien anempfohlen.

Die mechanischen Proceduren umfassen:

α) die Excision, β) die Auslöffelung, γ) die multiple Stichelung und Scarification.

α) Die Excision, welche Hoppe[1]) seinerzeit als die beste Behandlungsmethode empfohlen hatte, wird heutzutage von den meisten Autoren wegen der verursachten grossen Substanzverluste und ebensolcher Narben verworfen.

β) Die Auslöffelung lupöser Hautinfiltrate wurde zuerst im Jahre 1870 von Volkmann[2]) in grösserem Masse geübt und empfohlen. Volkmann bediente sich zur Entfernung von Theilen,

[1]) Zur Behandlung der fressenden Flechte von S. Hoppe. Bonn, 1849.
[2]) Sammlung kl. Vorträge von R. Volkmann. Nr. 13, 1870.

die ganz und gar durch weiche lupöse Wucherungen substituirt sind, der Auskratzung (Auslöffelung) mit scharfen Löffeln. Die hiezu verwendeten Löffel sind theils der von Bruns für das sogenannte Evidement cariöser Knochen angegebene runde, theils ein schmälerer längsovaler (für Nasenhöhle etc.). Nach dem Auskratzen empfiehlt er leichtes Touchiren mit dem Lapisstifte. Das Auskratzen ist nach Volkmann in seinem Effect von der Wirkung der Aetzmittel (Kali caust. Lapisstift) nicht wesentlich verschieden, aber in der Anwendung bequemer, rascher und berechenbarer.

Bardenheuer hat es für nothwendig erachtet, nach dem Ausschaben mit Chlorzinkstift zu touchiren.

Im Jahre 1874 wurden von Balmanno Squire an Stelle des grossen Schablöffels Volkmann's verschieden geformte kleine Schablöffel zu dem Zwecke empfohlen, um mit ihnen tief in den Sitz der erkrankten Partie eindringen und eine förmliche Enucleation derselben bewirken zu können. Nach diesem Auslöffeln wurden erst Scarificationen mit Aetzungen vorgenommen (darüber später).

Vidal[1]) suchte die Heilung des Lupus nur durch Scarificationen zu erreichen; das Ausschaben und nachträgliche Aetzen liess er ganz weg.

Fox[2]) ist ein warmer Anhänger der Ausschabung, verbindet dieselbe mit nachfolgender Chlorzinkätzung. Zur Nachbehandlung empfiehlt er Jodoform und Pyrogallussalbe. Vom scharfen Löffel hat Fox beim Lupus erythem. keinen Erfolg gesehen.

Aubert[3]) hält nichts von der blossen Ausschabung mit dem scharfen Löffel, sondern lässt stets auf die Ausschabung die multiple Scarification der Umgebung und des Grundes folgen und benutzt noch während der Heilung lupuszerstörende Mittel (Pyrogallussäure). Die gemischte Operation der Ausschabung und Scarification empfiehlt Aubert auch bei Lupus erythematosus.

---

[1]) Francs médicale, 1881, Nr. 58, 59, 62, 66. Académie de médecine, 1882.

[2]) Treatement of lupus. The medical News, 1883.

[3]) Le traitement du lupus à l'Antiquaille. Annales de Derm. et de Syph. Tome IV. 1883. S. 124.

Unna verbindet die Ausschabung mit nachträglicher Lapisstiftanwendung und gebraucht zur Nachbehandlung Jodoform, Pyrogallussäure, Sublimat.

Besnier[1]) verwirft wegen der Gefahr der Ueberpflanzung von Lupuskeimen und der Autoinfection die blutigen Methoden der Lupusbehandlung.

γ) Die multiple Stichelung und Scarification wurde von den meisten Autoren behufs Zerstörung der diffusen lupösen Infiltrationen und der Lupusknötchen anempfohlen.

Dubini war der Erste, welcher die rein mechanische Behandlung des Lupus mit dem Lebenswecker (Baunscheidt) im Jahre 1865 anwendete.

Volkmann hatte zuerst die multiple punktförmige Scarification (Stichelung) zur Behandlung der diffusen lupösen Infiltrationen empfohlen. Diese wird von Volkmann in der Weise ausgeführt, dass mit einem ganz spitzen, sehr schmalklingigen Messer dicht nebeneinander viele Einstiche zwei Linien tief und darüber in die erkrankte Hautpartie gemacht werden. Diese Operation hat nach Volkmann den Vortheil, dass die diffusen lupösen Infiltrationen mit Erhaltung der Hautdecken direct, energisch und in rascher Weise angegriffen werden. Nach Volkmann hat dieser Methode noch kein Lupus widerstanden, so dass er kein Bedenken gefunden, selbst unmittelbar nach Heilung der lupösen Geschwüre die Behandlung mit einer plastischen Operation abzuschliessen; sowie lupös erkrankte Hautpartien zu transplantiren und erst nachher an seinem Standorte in Angriff zu nehmen.

Von Bardenheuer wurden die kleinen Lupusknötchen mit einem Myrtenblatt ausgebohrt.

Von Veiel[2]) wurde für die Stichelung ein aus 6 parallel gestellten und in einem Griff gefassten, mittelst Schraube verstellbaren Lanzetten bestehendes Instrument angegeben. Von ihm wurden nach der Scarification Aetzungen mit Chlorzinklösung, von Campana solche mit Ferr. sesquichl. angewendet.

Von Balmanno Squire (siehe oben) wurden nach dem Aus-

---

[1]) Le lupus et son traitement. Annales de Dermat. et de Syph. 1883, Nr. 7 und 8.

[2]) Ueber Lup. erythemat. Inaug.-Diss. Tübingen, 1871.

löffeln lineare, weit von einander entfernte parallele Scarificationen mit einer Gattung von Staarnadel aus dem Grunde vorgenommen, um ein besseres Eindringen gelöster Aetzmittel zu ermöglichen.

Von Hebra-Kaposi[1]) werden die diffusen lupösen Infiltrationen und Lupusknötchen nebst dem Lapisstifte mit einem Spitzbistouri oder mit der Stichellanze von Hebra zerstört. Letztere ist eine starke, zweischneidige, lanzettförmige Nadel, deren 2 Millimeter lange Klinge am Rücken mit einer Gräte und an der Basis mit einer Leiste (Abaptiston) versehen ist.

Eine wesentliche Bereicherung der Lupustherapie ist folgende von Auspitz[2]) im Jahre 1877 anempfohlene, aber bisher nicht genügend gewürdigte Behandlungsmethode des Lupus.

Mit Rücksicht auf die verschiedenen Lupusstadien wendet Auspitz folgendes Verfahren an:

Gegen flächenartige Lupusinfiltrate von nicht zu grosser Ausdehnung, sowie gegen die lupösen Geschwüre wird der scharfe Löffel, bei Vorhandensein von Lupusknötchen der sogenannte Aetzstachel, gegen den gerötheten Infiltrationshof die scarificirende Lanze, und schliesslich überall dort, wo es sich um grössere Lupusflächen handelt, die nicht etwa eine gleichmässig infiltrirte Partie, oder ein Lupusgeschwür, oder einzelne Lupusknötchen darstellen, sondern an welchen die verschiedenen Lupusstadien neben einander auf einer dunkelroth gefärbten Basis aufsitzen, wird ein combinirtes Verfahren angewendet.

In Anbetracht dessen, dass für die Zerstörung der Lupusknötchen, die als die eigentlichen Lupusherde den Beginn des Processes auf der gesunden Haut, sowie dessen Recidive auf der Narbe darstellen, weder der Schablöffel, noch die Stichelungslanze entsprechende Mittel sind, der Lapisstift aber in der Regel bei der Menge der auftretenden Knoten nicht ausreicht, wurde von Auspitz folgende Behandlungsmethode anempfohlen:

Ein an der Rückseite eines scharfen Löffels angebrachter conischer oder pyramidenförmiger (dreikantiger) Stachel wird in die

---

[1]) Kaposi, Lehrbuch der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 1883, pag. 667.

[2]) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis (Ueber die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten, 1877).

einzelnen Knoten eingestochen, nachdem er zuvor in eine Jodglycerinlösung (Jodi puri 1,0, Glycerini 20,0) eingetaucht wurde.

Von Schiff[1]) wurde wegen des ermüdenden Eintauchens, sowie wegen des Umstandes, dass das Jodglycerin nach dem Eintauchen theils vom Stachel abfliesst, theils sich an der Oberfläche des Knotens abstreift und dadurch nicht der gewünschte Theil der Lösung in die Stichwunde gelangt, folgendes kleine Instrument angegeben: Eine etwa 5 Ctm. lange, oben zugeschmolzene Gummi-Pipette, die unten durch einen Stöpsel aus Hartgummi luftdicht verschlossen ist, und in welche letztere eine etwa $1^1/_2$ Ctm. lange, etwas leicht gekrümmte, dicke Injectionsnadel eingeführt ist, wird in der Weise angewendet, dass die zuvor aspirirte Jodglycerinlösung im Moment des Einstechens durch Compression der Pipette injicirt wird.

Mit Rücksicht darauf, dass bei Anwendung der zuletzt angeführten Injectionsnadel nicht der von Auspitz beabsichtigte Zweck erreicht wird, da der Stachel vermöge seiner keilförmigen Form das Knötchen in seiner Totalität zerstört, die Nadel aber dasselbe nur theilweise trifft (an- oder durchsticht), in Anbetracht ferner, dass die obgenannte Nadel schon nach kurzem Gebrauch bald undurchgängig und wegen der rostigen, abgestumpften Spitze absolut unbrauchbar wird, und in schliesslicher Erwägung der oben angeführten Nachtheile des Aetzstachels — habe ich diesen folgendermassen modificirt:

Der an der Rückseite des scharfen Löffels a (siehe den Holzschnitt) angebrachte dreikantige Stachel (b) ist an seiner vorderen, dem Löffelende zugekehrten glatten Fläche in der Nähe der Stachelspitze[2]) von einer schrägen Oeffnung (c) durchbohrt. Letztere stellt die Mündung eines Kanales (d) dar, welcher von hier in schräger Richtung den Stachelkörper nach oben durchzieht und mit dem Kanal des durchbohrten Stieles (d) in Verbindung tritt. In dem durchbohrten Stiel und Griff des Instrumentes befindet sich eine mit einem Stempel (e) versehene Kolbenstange (f), an deren rückwärtigem Ende mittelst einer Schraube (g), welche durch einen

[1]) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, 1880, 2. und 3. Heft (Zur Behandlung des Lupus).

[2]) In der Zeichnung ist der Kanal irrthümlicher Weise bis in die Spitze des Stachels fortgeführt.

Einschnitt (h) des Griffes nach aussen ragt, ein Schieber (i) befestigt ist. Letzterer endigt nach vorn mit sattelförmigen, quer über das Rohr gebogenen Branchen (s). Durch Eintauchen des Stachels in die Flüssigkeit und durch Ansichziehen des Schiebers wird die Höhlung des Instrumentes gefüllt, durch allmähliches oder rasches Verschieben desselben mit dem aufgelegten Daumen wird die Flüssigkeit tropfenweise oder im Strahl aus der Stachelöffnung entleert.

Die Stachelöffnung mündet oberhalb der Stachelspitze und nicht in diese aus dem Grunde, damit die Spitzenschärfe andauernd unversehrt bleibe. Das Einstechen des Stachels und das Verschieben des Schiebers wird in einem Tempo vorgenommen.

Das aspirirte Flüssigkeitsquantum (etwa 18—20 Tropfen) ist ausreichend, um eine ganze Anzahl von Knoten bequem und rasch hintereinander zerstören zu können.

Am Ende des Instrumentengriffes befindet sich eine mit Gewinde versehene Oeffnung, in welche ein Comedonenquetscher (k), sowie eine Scarificationsnadel (l) (letztere in dem ausgehöhlten Griff verborgen) eingeschraubt sind. Je nach Bedarf kann durch Umschrauben das eine oder andere Instrument nach aussen gestellt und fixirt werden.

Dieses aus praktischen Gründen zu einem Stücke vereinigte dermatologische Instrumentarium[1]) (scharfer Löffel, Stachel, Injector, Comedonenquetscher, Scarificationsnadel) hat den Vortheil, dass man durch einfache Wendung oder Drehung des Instrumentengriffes auf bequemste Weise ein oder das andere Instrument sowohl zur Behandlung der verschiedenen Lupusstadien, als auch anderer Krankheitszustände der Haut (Acne vulg. et Comedones, Acne rosac., Lupus erythem., Sycosis, Warzen [spitze Condylome und Papillome], Epitheliom etc.) verwenden kann.

Als weiterer Vortheil dieses Instrumentes verdient dessen geringer Kostenpreis und bequeme Unterbringung hervorgehoben zu werden. Das in einem cigarrenspitzförmigen Etui befindliche Instrument kann entweder im chirurgischen Taschen-Etui oder in der Tasche selbst bequem untergebracht werden.

Wie oben erwähnt wurde, wird die Behandlung so geleitet,

[1]) Wird nach meiner Angabe vom Instrumentenmacher Franz Marconi, Wien, IX., Van Swietengasse 4, fabricirt.

dass für die verschiedenen Lupusstadien entsprechende Einwirkungen (Löffel, Lanze, Stachel-Injector) angewendet werden. Die Kranken werden mehrere Male die Woche — zuweilen mit allen drei Instrumenten an einer Lupusstelle — behandelt.

Von der Narkotisirung macht Auspitz nur dann Gebrauch, wenn es sich um Auskratzung grösserer Infiltrate handelt.

Die Vortheile der von Auspitz anempfohlenen mechano-caustischen Behandlungsmethode, von deren günstigen Heilresultaten ich mich als langjähriger Assistent an der dermatologischen Abtheilung genügend überzeugen konnte, mögen zum Schlusse erörtert werden.

Vidal sucht, wie oben erwähnt, die Heilung des Lupus einzig und allein durch Scarificationen zu erreichen. Er macht mit seiner zweischneidigen Stichelnadel zahlreiche Einschnitte, die sehr nahe aneinander liegen und kreuzt sie mit senkrechten Einschnitten. Durch die Einschnitte beabsichtigt Vidal die ganze kranke Oberfläche zu zerreissen, wodurch das entzündete Gewebe entlastet und die krankhaften Produkte eliminirt werden. Die Scarificationen werden einmal in der Woche vorgenommen.

Aubert lässt, wie oben erwähnt, auf die Ausschabung die multiplen Scarificationen der Umgebung des Grundes in schräger Richtung zur Hautfläche folgen und benützt noch während der Heilung lupuszerstörende Mittel (Pyrogallussäure). Die gemischte Operation der Ausschabung und Scarification empfiehlt Aubert gleich Auspitz bei Lupus erythemat.

Besnier verwirft aus früher erwähnten Gründen die blutigen Methoden und daher auch die Stichelung.

Doutrelepont hat mit Sublimat, welches, wie oben angeführt, von ihm zur antiseptischen Behandlung angewendet wird, in 1percentiger Lösung Stichelungen ausgeführt, welche auch günstige Resultate ergeben sollen.

Von Unna wurden in jüngster Zeit intracutane Injectionen mit ichthyolsulfosaurem Natron (2percentiger wässeriger Lösung) in der Weise ausgeführt, dass er von der gesunden Umgebung aus in das Innere der Lupusherde die Flüssigkeit injicirt und dieselben durch gelindes Rotiren der eingestochenen Nadel (der Pravaz'schen Spritze) mechanisch zu zerstören suchte. Nach Unna folgten regelmässig nach diesen Injectionen Oedeme.

Zum Abschluss der mechanischen Behandlungsmethoden möge noch folgendes für die Zerstörung des Lupus von Malcolm Morris angegebene Instrument, welches derselbe vor einiger Zeit auf unserer Abtheilung demonstrirte, erwähnt werden.

Das Instrument, ein schmales Segment von einem scharfen Löffel, wird nach Abschabung der lupösen Granulationen an der Geschwürsgrenze unter die angrenzende Haut wiederholt eingebohrt und rotirt. Durch diese Procedur, welche eine sehr schmerzhafte sein muss — denn einer von unseren sonst widerstandsfähigen Patienten wurde während der Operation von einer Ohnmacht befallen — beabsichtigt Malcolm Morris die Lupusherde radical zu zerstören.

Zu den physikalischen Behandlungsmethoden gehört nebst den mechanischen Proceduren

ad 2. die Anwendung der Glühhitze.

Die Galvanocaustik ist zuerst von Hebra zur Zerstörung der Lupusknoten verwendet worden[1]).

Aubert empfiehlt nebst den oben genannten Behandlungsmethoden die grundsätzliche Anwendung der allgemeinen Anästhesie bei jedweder mechanischen Behandlung, sowie die Anwendung des rothglühenden Eisens für solche Fälle, deren spätere Ueberwachung erschwert ist, ferner auf ulcerirten Flächen und an bedeckt getragenen Oberflächen, an welchen grössere Narben nicht von Bedeutung sind.

Die Anwendung des Glüheisens nach Aubert ist folgende: Das einfach rothglühende Eisen mit breitem Knopfe wird über die ganze Ausdehnung des Lupus mit mehrmaliger Berührung aller Stellen und etwas über die angrenzende Partie geführt, bis die ganze Fläche in einen vertieften Schorf umgewandelt ist.

Wegen der Nothwendigkeit der Anästhesie, sowie wegen des Umstandes, dass diese Verkohlung en masse auch das gesunde Nachbargewebe zerstört und die Heilung eine ziemlich prolongirte ist, muss dieselbe den einfachen mechanischen Behandlungsmethoden hintangesetzt werden.

Die von Besnier geübte punktförmige oder lineare Scarifi-

[1]) Neumann, Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1861.

cation mit dem nadel- oder messerförmigen Thermo- und Galvano-cauter hat die Vorzüge der Sicherheit, der raschen Heilung, des geringen Blutverlustes, des Wegfalls jeder Anästhesie, muss aber mit Rücksicht auf die verschiedenen nothwendigen Behelfe (galvanocaustischer Apparat, Assistenz etc.), welche umständlich und kostspielig sind, von der viel einfacheren und ebenso sicheren mechanischen Behandlungsmethode verdrängt werden.

Für Krankenanstalten, wo alle Behelfe zur Disposition stehen, ist diese Methode empfehlenswerth.

Wenn wir nun die Erfolge der einzelnen hier angeführten Mittel und Behandlungsmethoden kurz zusammenfassen, so finden wir:

1. Dass die Anwendung innerlicher Mittel von der localen Therapie vollständig verdrängt ist.

2. Dass die sogenannten Adjuvantia (macer. resorb. alterant. antiseptic.) sowohl durch Einleitung der eigentlichen energischen Behandlungsmethoden, als auch zur Nachbehandlung der durch den Lupus gesetzten Veränderungen sich als zweckmässig erweisen.

3. Dass die Aetzmittel nach ihrer verschiedenen Beschaffenheit (Form und Qualität) mehr oder weniger verwendbar sind und dass dieselben zumeist in gleichzeitiger oder nachträglicher Verbindung mit den mechanischen Behandlungsmethoden gebraucht werden.

4. Dass die nur in gewisser Form (Thermo-Galvano-cauter) empfehlenswerthe Anwendung der Glühhitze wegen Umständlichkeit und Kostspieligkeit durch die einfachen, bequemen und billigen mechanischen Proceduren vollständig ersetzt wird.

Unter den mechanischen Behandlungsmethoden selbst muss mit Rücksicht auf die vollkommene Zerstörung der Lupusknötchen, für welche weder der scharfe Löffel, noch die Scarification ausreicht, die von Auspitz empfohlene und bisher wenig berücksichtigte mechano-caustische Behandlung mit dem Aetz-Stachel (resp. Stachelinjector) sich aus nachstehenden Gründen als empfehlenswerth erweisen:

a) Die Zerstörung des Lupusknötchens muss in Folge der entsprechenden keilförmigen Form des Stachels und der gleich-

zeitigen Verätzung eine gründliche sein (Unna versucht durch Rotiren der Injectionsnadel das Knötchen zu zerstören).

b) Die Zerstörung erfolgt durch die gleichzeitige Verätzung auch sehr rasch.

c) In Folge des rapiden Einstechens des scharfspitzigen Stachels ist die Schmerzhaftigkeit sehr gering und hört im Moment des Aussetzens auf; der durch das Bohren mit dem Lapisstift erzeugte Schmerz ist ein oft mehrere Stunden anhaltender.

d) Diese mehrere Male die Woche im Gesichte, auf den Augenlidern, Extremitäten etc. ausgeführte Behandlung verläuft immer ganz reactionslos.

e) Die Zerstörung der oft sehr zahlreichen Knötchen mit dem Stachelinjector lässt an Bequemlichkeit und Einfachheit der Ausführung nichts zu wünschen übrig.

f) Die durch den Aetz-Stachel gesetzten Narben sind minimal (kaum sichtbar), zart und glatt.

Die Mittheilung einschlägiger Krankengeschichten und weiterer Beobachtungen über dieses Heilverfahren wird später folgen.

Kleinere Aufsätze und Casuistik.

Aus der Breslauer Dermatologischen Universitätsklinik des Prof. A. Neisser.

Ueber das Auftreten von Herpes Zoster bei Arsenikgebrauch

von

O. Juliusburger,

Assistenten der Klinik.

Durch Mittheilungen einiger Autoren haben wir von einer Anzahl von Fällen Kenntniss erlangt, bei denen nach längerem innerlichem Gebrauch von Arsen eine als Zoster angesprochene Hautaffection auftrat, eine Beobachtung, welche zu der Annahme führte, dass die erwähnte Hauterkrankung wohl in causalem Zusammenhang mit dem Arsengebrauch stehe.

Da jedoch diese Annahme der sicheren Begründung bis jetzt noch ermangelt, auch durchaus nicht von allen Beobachtern getheilt wird — James White und Paul Faber bezweifeln ihre Berechtigung — so erscheint es nicht überflüssig, zur Klärung der noch offenen Frage durch Mittheilung einiger beobachteter Fälle Material beizubringen.

Der erste Fall, welcher im Anfange von Dr. Eichhoff und Dr. Lesser, zuletzt von mir auf der hiesigen dermatologischen Klinik beobachtet wurde, betrifft den 19 Jahre alten und an Lichen ruber acuminatus erkrankt gewesenen Joh. B.

Zu seiner Behandlung wurde, nachdem die anfangs unsichere Diagnose auf Lichen ruber acuminatus mit Bestimmtheit gestellt worden war, vom 29. October 1880 an eine Arsenikkur eingeleitet.

Der Kranke bekam in Form der asiatischen Pillen

vom 29. Oct. bis 5. Nov. pro die 4 Pillen à 0,0025 Acid. arsenicos.

„ 5. Nov. „ 3. Dec. „ 8 „ „ „ „ „

vom 3. Dec. bis 10. Dec. pro die 12 Pillen à 0,0025 Acid. arsenicos.
„ 10. Dec. „ 18. Dec. „ 14 „ „ „ „ „
„ 18. Dec. „ 25. Dec. „ 16 „ „ „ „ „

Der Zustand des Kranken hatte sich dabei abwechselnd gebessert und wieder etwas verschlimmert.

Einer am 25. December beginnenden Arsenikintoxication wegen musste die tägliche Arsendosis auf 0,0125 reducirt werden.

Vom 12. bis 16. Jänner 1881 wurde die Pillenkur durch Injectionen von täglich 0,25 Solut. Fowleri unterbrochen, alsdann aber sofort wieder aufgenommen.

In Folge einer am 22. Jänner sich wiederholenden Intoxicationserscheinung musste die tägliche Arsendosis, welche bis zu genanntem Tage auf 0,035 gestiegen war, auf 0,01 reducirt werden; sie konnte jedoch vom 10. Februar ab wieder auf 0,015 erhöht und so während der folgenden vier Wochen ununterbrochen gebraucht werden.

Auf diese Weise hatte der Kranke bis zum 17. März 1881, also während eines Zeitraumes von fast 5 Monaten, im Ganzen 1100 Pillen à 0,0025 Acid. arsenicos. verbraucht.

Vom 17. bis 23. März nahm Patient, in dessen Zustand eine wesentliche Besserung eingetreten war, täglich 0,015, vom 23. bis 29. März täglich 0,025 und vom 29. März bis 9. Mai täglich 0,03 Acid. arsenicos.

Am letztgenannten Tage musste Patient äusserer Gründe wegen das Spital verlassen.

Trotzdem Patient während der darauffolgenden vier Wochen die ihm mitgegebenen Pillen regelmässig genommen haben will, so musste er doch am 10. Juni eines starken Recidivs wegen sich von Neuem in die Spitalbehandlung begeben.

Der Kranke nahm jetzt täglich vom 10. bis 17. Juni 0,06 Acid. arsenic.

Am 13. Juni, also nach nur dreitägigem Gebrauche der Pillen zeigten sich unter starkem Brennen und leichter Temperatursteigerung an beiden Beinen und am rechten Arme schmerzhafte Bläscheneruptionen. Die Blasen confluirten zu grösseren Flächen, über welchen die Epidermis sich eiterig abhob. Unter Streupulverbehandlung trocknete sie jedoch bald ein.

Vom 17. Juni bis 16. August wurde 0,07 Acid. arsenicos. pro die gebraucht.

Am 23. Juni zeigten sich am linken Unterschenkel unter starkem Brennen der Haut ähnliche Blaseneruptionen, wie oben erwähnt; auch diese Blasen heilten unter Salbenverband ab und zeigten sich später nirgend anderswo wieder. Unter fortschreitender Besserung des Zustandes wurde vom 16. August bis 2. October pro die 0,075 Acid. arsen. eingenommen.

Es hatte somit der Kranke bis Anfang October im Ganzen, inclusive seines ersten Spitalaufenthaltes, ungefähr 11 Gramm Acid. arsenicos. verbraucht.

Von diesem Zeitpunkte an stieg die tägliche Dosis allmählich bis auf 0,09, musste jedoch am 27. October wegen beginnender Intoxicationserscheinungen auf 0,06 reducirt werden.

Nachdem des Allgemeinbefindens wegen diese Dosis am 1. November auf 0,055 und am 15. November auf 0,04 verringert war, versuchte man am 22. November eine subcutane Injection von 0,3 reiner Sol. Fowleri, welche, abgesehen von einer circa 3 Stunden anhaltenden Schmerzhaftigkeit, reactionslos blieb. Eine Injection von 0,5 reiner Sol. Fowleri konnte der grossen Schmerzhaftigkeit wegen nicht wiederholt werden. Die erwähnten Injectionen waren beidemal, rechts resp. links, neben der Wirbelsäule gemacht worden. Es wurde daher die Pillenkur in der Tagesdosis von 0,04 wieder aufgenommen.

Während das Krankheitsbild sich im Wesentlichen nicht änderte, trat Mitte December auf der Haut unter Brennen eine Gruppe von Bläschen auf, entsprechend der 8. Rippe, nach aussen von der Mamillarlinie. Die Bläschengruppe lief von oben hinten nach unten vorne, ungefähr der Richtung der Rippe entsprechend und war circa 3 Ctm. lang und 1 Ctm. hoch. Rechts hinten neben der Wirbelsäule, etwa entsprechend dem 9. Brustwirbel, befand sich eine auf Druck empfindliche Stelle; ausserdem war schmerzhafte Anschwellung einer rechten Achseldrüse und einer Lymphdrüse in der vorderen rechten Axillarlinie zu constatiren. Nach 14 Tagen war der Zoster eingetrocknet und die Drüsenschwellung zurückgegangen. Bis Anfang Jänner hatte sich der Zustand des Kranken erheblich wieder gebessert; dann aber änderte sich trotz regelmässigen Weitergebrauchs des Arsen in der Tagesdosis von 0,04 im Allgemeinen der Krankheitszustand bis zum 1. Mai,

an welchem Tage B. das Spital freiwillig verliess, gar nicht. Ausserhalb des Spitals setzte Patient die Arsenikkur noch kurze Zeit fort, entzog sich jedoch bald unserer Beobachtung und soll im August desselben Jahres an Phthisis zu Grunde gegangen sein.

Der zweite Fall, welchen Dr. Lesser beobachtete und mir zur Verwerthung gütigst überliess, betrifft die 52 Jahre alte Henriette W.

Dieselbe begab sich, an Lichen ruber planus leidend, am 1. Mai 1882 in Behandlung. Der Ausschlag hatte bei der kräftig gebauten, etwas abgemagerten Frau vor 8 bis 9 Wochen in der Gegend des Kreuzbeines begonnen. Bei ihrer Aufnahme zeigte sich der Ausschlag am reichlichsten an den Nates und der Kreuzbeingegend, wo die Knötchen in grösseren Platten, bis zur halben Grösse der Flachhand, confluirt waren; spärlicher zeigte sich der Ausschlag in der Umgebung der Achseln, an den Beugeseiten der Arme und auf der Vorderfläche des Bauches.

Die Therapie bestand in dem Gebrauche von Acid. arsenicos. in Form der asiatischen Pillen, und zwar in folgenden Dosen: Patientin gebrauchte täglich Acid. arsenicos.

Vom 1. Mai	bis 7. Mai	0,005
„ 8. „	„ 12. „	0,01
„ 13. „	„ 5. Juni	0,015
„ 6. Juni	„ 15. Aug.	0,02
„ 15. August	„ 10. Octob.	nicht
„ 10. October	„ 2. Nov.	0,01
„ 3. Nov.	mehrere Monate	0,02.

Die aufgezeichneten Bemerkungen über den Krankheitsverlauf ergaben: 23. Juni. Alle Efflorescenzen flacher und blasser.

10. October. Seit 8 Wochen nahm Patientin kein Arsenik. Alle Herde waren mit Hinterlassung von braunem Pigment geschwunden, nur an den Nates finden sich noch eine Reihe wohl charakterisirter Knötchen.

9. Jänner 1883. Auch die Efflorescenzen am Kreuzbein sind fast völlig resorbirt.

Auch bei dieser Patientin trat nun während des Krankheitsverlaufes am 1. Jänner 1883 unter heftigen Schmerzen ein Zoster intercostalis sin. auf.

Derselbe erstreckte sich von der Gegend der untersten Brustwirbel bis zur Gegend zwischen Nabel und Proc. xiphoideus, an welchen letzteren die Eruption nicht ganz heranreichte. Nach unten schnitt sie scharf in der Höhe des Nabels ab. Dazu gesellte sich Schwellung der l. Axillardrüsen.

Am 19. Jänner war der Zoster mit Hinterlassung von Narben mit pigmentirter Umgebung abgeheilt. Von Lichen ruber waren, bei Fortgebrauch des Arsen, nur noch ganz wenige, erkennbare Efflorescenzen in der Kreuzbeingegend vorhanden, alle übrigen waren mit starker Pigmentirung der betreffenden Hautstellen resorbirt.

Der dritte Fall, den ich selbst beobachtete, betrifft die 10 Jahre alte Emma D.

Dieselbe wurde einer hochgradigen Psoriasis wegen ausser mit Chrysorabin-, Pyrogallus-, weisser Präcipitat-Salbe und Theer, innerlich mit Arsen behandelt. Sie gebrauchte vom 15. Jänner 1882 bis 15. Mai ca. 40 gr. Solut. Fowleri. Von Mitte Mai an nahm sie Acid. arsenicos. in Form der asiatischen Pillen und zwar vom

15. Mai bis 2. Juni pro die 0,006
2. Juni „ 2. Oct. „ „ 0,018.

Zu dieser Zeit trat eine merkliche Besserung im Zustande der Patientin ein, indem neue Herde nicht auftraten und die alten zum Theile geschwunden, zum Theile im Schwinden begriffen waren. Es wurde in Folge dessen die Arsenikkur unterbrochen.

Nach fast drei Wochen trat jedoch ein Recidiv ein, weswegen ausser der oben erwähnten Localbehandlung auch das Arsen wieder innerlich angewendet wurde; die Tagesdosis betrug 0,018 Acid. arsenicos. Nach Ablauf mehrerer Wochen hatte sich der Zustand entschieden gebessert.

Am 10. December, bis zu welchem Tage Patientin ungefähr 40 gr. Solut. Fowleri und 3,096 gr. Acid. arsenicos. gebraucht hatte, zeigten sich nun plötzlich unter leichten Fiebererscheinungen, verbunden mit Brennen der betreffenden Hautstellen, in der Höhe des ersten Lendenwirbels beginnend und nach links bis zur Spina ant. sup. herübergehend, immer durch einen ungefähr 3 Finger breiten Intervall unterbrochen, drei Zoster-Herde. Von diesen war der am Lendenwirbel direct gelegene etwa 2 Ctm., der mittlere etwa 6 Ctm., der an der Spina befindliche etwa 4 Ctm. lang. Ausserdem befanden

sich auch oberhalb der beiden zuletzt erwähnten Herde zwei kleinere jüngeren Datums. Die beiden grösseren Herde wurden der mikroscopischen Untersuchung wegen excidirt und die Wundränder vernäht; die übrigen Zostereruptionen gingen unter Streupulver zurück.

Nach 8 Tagen waren die erwähnten Wundränder mit einander fest verheilt; auf der etwas weisslich verfärbten Narbe aber und an allen Stichstellen der Naht befanden sich mehrere frische, nicht allzugrosse Psoriasis-Plaques. Ausser diesen fanden sich allmählich an den verschiedensten Körperstellen zerstreut ebenfalls frische Herdchen.

Indessen gegen Mitte Jänner waren sämmtliche Herde abgeheilt und Patientin konnte, da neue Eruptionen sich nicht zeigten, als vorläufig geheilt entlassen werden. Die Arsenikkur ist durch das Auftreten des Zoster nicht unterbrochen, vielmehr bis Mitte Jänner fortgesetzt worden. Im Ganzen hat die Kranke ungefähr 40 gr. Sol. Fowleri und 4 gr. Acid. arsenicosum verbraucht.

Gegenwärtig befindet sich Emma D. wiederum ihres alten Leidens wegen seit mehreren Wochen auf der Abtheilung.

Trotzdem dass dieselbe auch jetzt wieder seit längerer Zeit innerlich Arsen in der Tagesdosis von 0,018 Acid. arsenicos. gebraucht, haben sich bei ihr doch weder Zostereruptionen, noch überhaupt irgend welche Reizerscheinungen, die von Arsen herrühren könnten, gezeigt.

Fassen wir die gemeinsamen Momente dieser drei Krankheitsbilder zusammen, so ergibt sich Folgendes:

Nach mehrmonatlichem innerlichem Gebrauch von Arsen treten halbseitig, dem Verlaufe von Intercostalnerven entsprechend, Gruppen von Bläscheneflorenscenzen unter dem typischen Krankheitsbilde eines Zoster auf. Nach Abheilen dieser Bläscheneruption wiederholt sich trotz fortgesetzten Arsengebrauches die Erscheinung nicht.

Was diese nun selbst betrifft, so unterliegt es unseres Erachtens keinem Zweifel, dass sie einen veritablen Zoster und nicht eine durch Ausscheidung des Arsens hervorgebrachte artificielle Arsen-Dermatitis darstellt, wie sie von manchen Autoren — ich erwähne Imbert Gourbeyre, — beschrieben und auch von uns in dem zuerst erwähnten Falle zweimal beobachtet worden ist. Sowohl das Entstehen der Bläschen als auch ihre Lage zu einander und zu den Intercostalnerven, sowie die ihr Auftreten begleitenden Neben-

erscheinungen (Druckschmerzen an der Wirbelsäule, Brennen der Haut, Schmerzgefühl etc.) entsprechen vielmehr vollkommen dem Bilde eines Zoster. Auch würde die Auffassung der Erscheinung als einer vesiculösen Dermatitis zum Verständniss derselben nichts beitragen, da immer noch die seltsame Thatsache der Erklärung bedürfte, dass das ausgeschiedene Arsen gerade nur an localisirten Stellen einen solchen Reiz ausgeübt hat, dass es zur Dermatitisbildung kam.

Um einen Zoster handelt es sich also!

Haben wir nun Gründe, anzunehmen, dass mit demselben der Arsengebrauch in ätiologischem Zusammenhang stehe?

Um mein Resultat vorwegzunehmen: ich bestreite die Berechtigung dieser Annahme. Ich bestreite sie auf Grund folgender Erwägungen:

1. Dieselbe Thatsache, die wir oben der Auffassung der Erscheinung als artificieller Dermatitis entgegenhielten, ich meine ihre Localisation, spricht auch gegen die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Arsengebrauch und Zoster. Durchaus unerklärlich ist auch hier, warum nur eine bestimmte Stelle des Rückenmarkes, nur ein oder zwei Ganglien, oder wenn man will, nur ein einzelner Nervenzweig von dem Arsen afficirt sein und nicht vielmehr die toxische Wirkung des Medicamentes bei längerem Gebrauche auf mehrere nicht benachbarte Nervengebiete und in unregelmässiger Weise sich erstreckt haben sollte, — zumal für die Annahme einer Prädisposition der erkrankten Gebiete etwa durch Traumen in den vorliegenden Fällen jeder Anhalt fehlt.

Auch die Thierexperimente haben ergeben, dass wo überhaupt eine Wirkung des Arsens auf den Organismus zu constatiren war, dieselbe niemals eine local begrenzte blieb, sondern immer in einer umfassenden Degeneration ganzer Rückenmarkspartien bestand.

2. Bedenken gegen die Annahme der Erzeugung des Zoster durch Arsengebrauch macht weiter das Ausbleiben aller sonstigen durch Arsen bewirkten Nebenerscheinungen, z. B. der von verschiedenen Autoren, wie Bazin, Hilton Fagge, Dyce Duckworth, Malcolm, Morris, Imbert Gourbeyre, Startin, Christian Orfila u. A. beobachteten Arsenikexantheme

oder Magen-, Muskel- etc. Symptome. Nichts davon ist in einem der Fälle auch nur andeutungsweise zu bemerken gewesen.

3. Bemerkenswerth scheint mir noch die bereits hervorgehobene Thatsache, dass die Zoster-Affection nach einmaligem Abheilen trotz fortgesetzten Arsengebrauches sich niemals wiederholte. Wäre das Arsen die Ursache des Zoster, so müsste bei andauernder Ursache auch die Wirkung eine constantere sein.

Ich resumire also dahin: Wenn ich auch zugeben will, dass das Auftreten von Zoster bei Kranken, welche bereits monatelang im Krankenhause verweilten, merkwürdig ist, da in diesen Fällen selbst das von einzelnen Autoren herbeigezogene Moment der Infection für das Zustandekommen des Zoster auszuschliessen ist; so glaube ich dennoch, dass bei den Beziehungen zwischen Zoster und Arsengebrauch mehr eine zufällige Coincidenz, als ein ätiologischer Zusammenhang vorhanden ist.

Literatur.

Hutchinson: Herpes caused by arsenic. Med. Times 1868. St. Barthol. Hosp. Rep. V. 9.

Dyce Duckworth: Occurrence of herpes during the administration of arsenic. Practitioner, July 1878 p. 18.

Finlayson: Ibidem.

James C. White: Archives of Dermatology. Vol. V. 1878 p. 65.

H. v. Hebra: Die krankhaften Veränderungen der Haut. 1883 p. 204.

Bartholow, R.: A Practical Treatise on Materia Medica and Therapeutics. New York 1876.

Sisson: Practitioner (The). London.

Duffin: Lancet (The). London.

Fox: Ibidem.

Hunt, Imbert Gourbeyre: Action de l'arsenic sur la peau. Paris 1872 p. 46.

Reboul, cit. bei Behrend, Hautkrankheiten II. Aufl. p. 288.

Casuistische Mittheilungen

aus der Klinik des Herrn Geh. Med.-R. Prof. Dr. Biermer in Breslau

von

Dr. Alexander,

Assistenzarzt der medicinischen Klinik in Breslau.

I.

Ein Fall von acutem universellem Mercurialeczem.

Ida B., 21 Jahre alt, Dienstmädchen, wurde am 18. November 1881 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Patientin hat als Kind von zehn Jahren die Masern, im Alter von fünfzehn Jahren Scharlachfieber mit Brustfellentzündung und Wassersucht gehabt. Seitdem traten hin und wieder Anschwellungen des Gesichtes und Halses, ähnlich ihrem gegenwärtigen Zustande, auf und hatte sie mitunter den Schnupfen. Vor sechs Wochen war das linke untere Augenlid einige Zeit geschwollen. Die Menses sind mit 19 Jahren erschienen und waren stets regelmässig, zum letzten Male vor vierzehn Tagen. An Scrophulose litt Patientin niemals.

Am 14. November 1881 erkrankte Patientin plötzlich gegen Mittag mit einer Anschwellung der Lider des linken Auges und einem Gefühle von Spannung in denselben. Gleichzeitig nahm sie wahr, dass sie den Schnupfen habe. Ein Frost oder andere subjective Fiebererscheinungen begleiteten den Anfang dieser Krankheit nicht, auch war der Appetit erhalten. Am anderen Tage ging die Schwellung und das Spannungsgefühl auch auf die Lider des rechten Auges über. Bald darauf stellte sich eine allgemeine Mattigkeit und ein Brennen im ganzen Gesichte ein, während sich am Kinn und an der Stirn eine grosse Anzahl kleiner Blätterchen zeigten. Patientin legte nun auf die Augenlider Läppchen auf, welche in Kamillenthee getaucht worden waren, empfand auch dadurch einige Linderung und schlief in der Nacht vom 15. zum 16. ganz gut. Als jedoch am nächsten Tage die Schwellung der Augenlider linkerseits noch mehr zunahm, consultirte sie einen Arzt, welcher ihr rieth, trockene warme Leinwandläppchen aufzulegen. Unter diesen Umschlägen nahm auch die Schwellung wieder etwas ab.

Am 17. verschrieb ihr derselbe Arzt eine Salbe — Hydrargyr. präcipitat. alb. 1,0; Adip. suill. 10,0. Von dieser Salbe rieb sie Abends um 10½ Uhr vor dem Zubettgehen eine ganz kleine Quantität, ein Stück höchstens so gross wie eine kleine Bohne, auf die Lider beider Augen ein. Schon eine Stunde darauf erwachte sie mit heftigen brennenden Schmerzen und einer Anschwellung im ganzen Gesicht. Da sie in der angewandten Salbe die Ursache dieser Verschlimmerung sah, wusch sie sich sogleich das ganze Gesicht, ohne Erfolg.

Die Schmerzen nahmen auch trotz fleissigen Auflegens von trockenen warmen Kamillenumschlägen immer mehr zu. Am 18. wurde ihr eine Flüssigkeit verordnet, welche sie in die Nase hinaufziehen musste, weil, wie der Arzt sich ausdrückte, die Nase innen wund war. Da jedoch weder dieses Mittel noch die Anwendung von Bleiwasser- und Eisumschlägen irgend welchen Erfolg hatten, liess sie sich gegen Abend in die medicinische Klinik aufnehmen.

Aus dem am 19. November 1883 angefertigten Status praesens theile ich hier nur das Wesentlichste mit: Patientin ist ein gut genährtes, kräftig gebautes Mädchen. Temperatur 39°, Puls regelmässig, mittelvoll, 93 Schläge pro M.

Das Gesicht ist in plumper, unförmlicher Weise geschwollen und zwar nimmt die Schwellung die Wangen, die Nase, die Augenlider, die Lippen, das Kinn und auch die Vorderseite des Halses unterhalb des Kieferrandes ein. Die Zunge ist weiss belegt und kann durch die in Folge der Schwellung verengte Mundspalte nur wenig hervorgestreckt werden. Die Schleimhaut des Mundes und Rachens ist von normaler Beschaffenheit.

An den geschwollenen Theilen ist die Haut geröthet, von zahlreichen kleinsten mit gelbem Eiter gefüllten Bläschen besetzt, fühlt sich derb, wie ödematös an. An einigen Stellen, namentlich am äusseren Rande der Nasenflügel und unterhalb der Nase kleben weisse Borken. Aus der geschlossenen Lidspalte beider Augen quillt eine eiterähnliche Flüssigkeit heraus. Die Conjunctiva palpebrarum ist stark injicirt, diejenige des Bulbus blass, dabei stark geschwellt, wie aufgequollen, von gallertähnlichem Aussehen. Am rechten Auge ist die Schwellung der Conjunctiva bulbi weniger bedeutend als am linken. Der Cornea des linken Auges liegen einige Schleimpartikelchen auf, doch ist das Gewebe der Cornea ganz intact. Mässige Lichtscheu ist vorhanden.

Ganz ähnliche Veränderungen wie im Gesichte zeigt auch die Haut des Halses auf beiden Seiten.

Die Bewegungen des Kopfes sind zwar nach allen Richtungen möglich, doch stellt sich bei seitlicher Drehung des Kopfes ein unangenehmes Gefühl von Spannung am Halse ein. Der behaarte Kopf und der Nacken sind ganz frei und nicht schmerzhaft, die kranken Stellen am Gesicht und Hals schon bei leichtem Drucke sehr empfindlich.

Die vordere Brustwand und der Bauch sind von einer hellen zarten Röthe überzogen, welche unter dem Fingerdrucke vollständig schwindet, um sogleich wieder zurückzukehren. Brust und Bauch sind aber durchaus nicht schmerzhaft.

An den einander zugekehrten Rändern der drei mittleren Finger der linken Hand ist die Haut stark geröthet und auf Druck sehr empfindlich. Bewegungen der Finger rufen ein Gefühl von Spannung hervor. In derselben Weise ist auch die linke Kniekehlengegend afficirt. Bewegungen des linken Beines sind nur in geringem Grade möglich und mit heftigen Schmerzen verbunden.

Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt ganz normale Verhältnisse, insbesondere ist kein Milztumor zu constatiren. Urin gelb, reagirt sauer, specif. Gewicht 1011, eiweissfrei. Der Appetit ist gut, das Essen aber dadurch behindert, dass der Mund nicht weit genug geöffnet werden kann. Stuhlgang ist in der Nacht erfolgt, diarrhöisch nach einem vor dem Eintritt in die Klinik genommenen Abführmittel.

Die subjectiven Beschwerden der Patientin, soweit sie nicht schon erwähnt sind, bestehen in brennenden und spannenden Schmerzen im Gesichte, Stechen in den Ohren und in Schlaflosigkeit. Delirirt hat sie in der Nacht nicht, auch heute ist das Sensorium ganz frei.

Verordnet werden Eiswasserumschläge auf das Gesicht und Acid. muriat. innerlich. —

Ueber den weiteren Verlauf finden sich in unserer Krankengeschichte folgende Notizen:

20. November 1881. Pat. hat schlecht geschlafen und klagt über Schlingbeschwerden. Affection des Gesichtes wie gestern, die Schwellung am Halse hat noch etwas zugenommen. Früh Temperatur 38·5, Puls 100, Abends Temperatur 38·3, Puls 96.

21. November 1881. Heute kein Fieber. Drehung des Kopfes unbehindert, Schmerzhaftigkeit des Gesichtes geringer. Die Borken-

bildung im Gesichte hat zugenommen, besonders reichlich sind die beiden Ohren und die Gegend hinter denselben mit Borken besetzt. An beiden Armen, in den Weichen und am Gesäss sehr zahlreiche kleinste mit Eiter gefüllte Bläschen. Ober- und Unterschenkel sowie der Rumpf in diffuser Weise geröthet, am Rücken gleicht die Röthung genau derjenigen bei einer Scarlatina.

22. November 1881. Temperatur und Puls normal. Die Borken an den Lidern und am Kinn haben sich zum grössten Theile abgestossen. Pat. kann die Augen öffnen. Alles übrige wie gestern.

23. November 1881. In der Nacht von gestern zu heute stieg die Temperatur plötzlich von 37·5 (Abends 9 Uhr) auf 39·4 (11 Uhr) und 40·0 (1 Uhr). Pat. erhält um 1 Uhr Chininum muriat. 1·0. Des Nachts Delirien. Die Haut des ganzen Körpers ist heute von einer dunklen scharlachähnlichen Röthe überzogen. Urin schwach eiweisshältig. Temperatur Vormittags 39.7. Stuhlgang retardirt wird durch Calomel herbeigeführt. Pat. wird wegen Verdachts, dass es sich möglicherweise um Scarlatina handeln könne, isolirt.

24. November 1881. Mässiges Fieber, Zustand wie gestern.

25. November 1881. Geringes Fieber. Die Haut des ganzen Körpers beginnt sich zu schälen, stellenweise löst sich die Epidermis in grossen Fetzen ab. An beiden Kniekehlen, an den Oberschenkeln und hinter den Ohren nässt die Haut. Diese Stellen werden mit Carbolöl verbunden. Subjectives Befinden besser, nur Mangel an Schlaf. Gegen die Schlaflosigkeit Abends Morphin. muriat. 0·02 in Pillen.

28. November 1881. Bis gestern noch geringes Fieber, die Desquamation schreitet fort, die Haut an den genannten Stellen nässt noch. Urin alkalisch lässt ein Sediment von phosphorsaurer Ammoniak-magnesia fallen. Specif. Gew. 1013, eiweissfrei.

31. November 1881. Andauernde Desquamation am ganzen Körper. Die Röthung ist noch ganz ausgesprochen.

Heute stellte Herr Geheimrath Biermer die Kranke Herrn Professor Simon (dem damaligen leider so früh verstorbenen Director der dermatologischen Klinik in Breslau) vor. Derselbe äusserte sogleich die Vermuthung, dass die Hautaffection unserer Kranken durch Mercur verursacht worden sei und veranlasste uns zu Nachforschungen nach der von der Patientin angewandten Salbe. (Dieselbe hatte, wie oben erwähnt, die Zusammensetzung: Hydrargyr. präcipit. alb. 1,0; Adip. suill. 10,0.) Die Salbe wurde zur

Stelle geschafft, es fehlte offenbar von der verschriebenen Gesammtquantität nur ein ganz minimaler Theil.

1. December 1881. Gutes subjectives Befinden, nur noch etwas Spannung in den Augenlidern. Die Desquamation hält an. Die Röthung ist verschwunden. Die Haut wird mit Oel eingerieben und fast täglich warm gebadet.

4. December 1881. Desquamation noch im Gange. An den Füssen lösen sich grosse zusammenhängende Epidermisfetzen ab. Noch etwas Spannung im Gesichte und an den Händen, sonst gutes Befinden.

12. December 1881. Desquamation vorüber, Haut überall trocken. Pat. wird heute auf ihren Wunsch geheilt entlassen.

Epikrise.

Das acute universelle Eczem ist, wie ein Blick in die neueren dermatologischen Lehrbücher lehrt (vergl. z. B. v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. XIV, I. Hälfte, das Capitel Eczem von Veiel, Seite 354), eine seltene Krankheit, wodurch allein schon die Mittheilung unseres Falles gerechtfertigt erscheinen dürfte. Die Bedeutung des letzteren liegt jedoch vornehmlich darin, dass bei einem jungen, kräftigen Mädchen, welches an localen Eczemen des Gesichts schon öfter gelitten zu haben scheint, welches also eine zum Eczem disponirte Haut zu besitzen scheint, ein derartiges locales Eczem nach Application einer ganz geringen Quantität weisser Präcipitatsalbe unmittelbar darauf eine bedeutende Steigerung erfuhr und dass dieses locale Eczem bald darauf zu einem universellen wurde. Da es nun feststeht, dass bei äusserlicher Anwendung kleiner Mengen grauer Quecksilbersalbe derartige Eczeme entstehen können, wenn dies auch angesichts der grossen Verbreitung dieser therapeutischen Methode als ein sehr seltenes Ereigniss betrachtet werden muss, stehen wir nicht an, die weisse Präcipitatsalbe für die Ursache der Steigerung und Generalisirung des Eczems bei unserer Kranken anzusehen. Es möchte sich deshalb empfehlen, bei der Behandlung des acuten Eczems den Gebrauch von Mercurialien ganz zu vermeiden. Nach den allgemein acceptirten Grundsätzen der modernen Dermatologie können sie, wie alle anderen reizenden Medicamente, dabei nur schädlich wirken, wenn auch der Schaden, den sie an-

richten, nicht immer so gross und so offenkundig ist, wie bei unserer Kranken. Ob den innerlichen Gebrauch des Mercurs ein gleicher Vorwurf trifft, ist noch zweifelhaft. Nach Neumann (Lehrbuch der Hautkrankheiten, Wien, 1880, Seite 216) erzeugt der innerliche Gebrauch des Quecksilbers niemals Ausschläge. Damit stimmt es auch überein, dass unsere Kranke einmal Calomel in der Dosis von 0,5 ohne jeden Nachtheil erhielt. Es existiren indessen in der Literatur auch einige Beobachtungen über Erythem und Eczem nach innerlichem Gebrauche von Calomel. (Conf. Lewin, die Nebenwirkungen der Arzneimittel, Berlin, 1881, Seite 94.) Herr Geheimrath Biermer hat, obgleich in seiner Klinik das Calomel zu den am häufigsten angewandten Arzneimitteln gehört, etwas derartiges niemals beobachtet. Ein näheres Eingehen auf die Literatur dieses Gegenstandes muss ich mir, da es über den Rahmen einer einfachen casuistischen Mittheilung hinausgehen würde, hier versagen.

Auch in rein diagnostischer Beziehung ist übrigens unser Fall interessant genug. Während die Affection des Gesichts von Anfang an nur als eine eczematöse aufgefasst werden konnte, liess die diffuse Röthung des Rumpfes und der Extremitäten eine Zeit lang so stark an eine Complication des Eczems mit Scarlatina denken, dass die Kranke der Vorsicht halber isolirt wurde. Die Aehnlichkeit mit Scarlatina wurde durch die spätere starke Abschuppung nur noch vervollständigt. Den Ausschlag für das universelle Eczem gab erst das Auftreten charakteristischer Bläschen am Rumpfe und nässender Stellen an den Gelenkbeugen, wie sie nur das Eczem hervorbringt. Dazu kam, dass Patientin Scarlatina früher schon gehabt, auch die Anamnese und der Fieberverlauf mit der Annahme dieser Krankheit nicht übereinstimmten.

II.

Arzneiexanthem nach Gebrauch von Tartarus boraxatus.

Alois L., 48 Jahre alt, Arbeiter, wurde am 2. Mai 1882 in die Klinik aufgenommen.

Pat., ein mässig genährter, kräftig gebauter Mann, litt an einem grossen pleuritischen Exsudate, dessen Vorgeschichte und Symptome ich hier übergehe, weil sie durchaus nichts Interessantes darbieten.

Um die Diurese anzuregen und auf diesem Wege eine Resorption des Exsudates herbeizuführen, wurde am 2. Mai 1882 Digitalis verordnet, Infus. Fol. Digitalis 2,0; 150,0; Kalii jodati 2,0; Syr. simpl. 30,0. M. D. S. Zweistündlich einen Esslöffel. Da jedoch weder eine Vermehrung der Urinmenge noch eine Resorption des Exsudates stattfand, wurde am 10. Mai das Exsudat punctirt. Dabei entleerten sich jedoch nur 150 Cubcm. klaren gelblichen Serums, während der grösste Theil des Ergusses im Thorax zurückblieb. Das Digitalisinfus nahm Pat. bis zum 20. Mai.

An diesem Tage wurde es wegen eintretender Pulsverlangsamung ausgesetzt und statt dessen, ebenfalls als Diureticum, Tartarus boraxatus gegeben, in folgender Form und Dosis: Tartari boraxati 25,0; Aq. dest. 150,0; Aq. Laurocerasi 8,0; Syr. simpl. 30,0. M. D. S. zweistündlich einen Esslöffel.

Unter dem Gebrauche dieser Mixtur, welche übrigens weder eine vermehrte Diurese noch eine Resorption des Exsudates zu Wege brachte, stellte sich bei dem Patienten am 9. Juni plötzlich ein stark juckender Ausschlag ein, welcher den ganzen Körper mit Ausnahme des Halses und Gesichtes einnahm und sich aus sehr zahlreichen kleinen Knötchen zusammensetzte, welche durch dazwischenliegende gesunde Haut getrennt waren. Das subjective Befinden des Patienten wurde, abgesehen von dem Juckreiz, durch das Auftreten des Exanthems zunächst nicht alterirt, auch kein stärkeres Fieber hervorgerufen. In den nächsten Tagen nahm das Exanthem an Ausdehnung noch zu, die einzelnen Knötchen wurden noch dunkler geröthet. Am 11. Juni wurde unter Zustimmung des Herrn Professor Neisser, welchem Herr Geheimrath Biermer den Kranken vorstellte, die Diagnose auf ein acutes universelles Eczem gestellt, dessen Ursache vorläufig unerkannt blieb. Am 13. Juni schwollen die Finger beider Hände an, so dass Pat. dieselben nicht ordentlich beugen konnte, am 14. Juni trat nach Confluenz der Knötchen an den Vorderarmen und Waden eine ausgedehnte tief dunkle Röthe auf, welche dem Fingerdrucke nur zum Theile wich und stellenweise einen entschieden hämorrhagischen Charakter hatte. Am 15. Juni waren die einzelnen rothen Papeln fast überall confluirt, die Röthe an den Unterschenkeln und Füssen noch intensiver und in grösserer Ausdehnung hämorrhagisch geworden, auch war das Exanthem auf den Hals übergegangen, während das Gesicht frei blieb. Die Haut der Vola manus nahm eine

eigenthümlich gelbe Farbe und eine ganz trockene spröde Beschaffenheit an. Sie war auf Druck und bei starken Bewegungen sehr schmerzhaft, so dass Pat. im Gebrauche seiner Hände sehr beschränkt war. Die Finger waren stark geröthet und geschwollen, die Fussrücken dunkelroth und dabei ödematös, der Urin eiweissfrei. Am 15. Juni begann auch Pat., der bis dahin nur ab und zu Abends ein wenig gefiebert hatte, stärker zu fiebern (bis 39·7). Tags darauf erhob sich die Temperatur noch bis 39·3 und traten auch im Gesichte einzelne rothe Flecken auf.

In diesem Stadium stellte Herr Geheimrath Biermer den Kranken Herrn Professor Neisser zum zweiten Male vor. Letzterer überzeugte sich dabei ebenfalls, dass das Exanthem an den Unterschenkeln und Füssen stellenweise einen hämorrhagischen Charakter angenommen hatte.

Herr Geheimrath Biermer sprach nun die Vermuthung aus, dass das Exanthem unseres Kranken ein Arzneiexanthem sein könne, hervorgerufen durch die vom 20. Mai bis 16. Juni continuirlich weiter gegebenen grossen Dosen von Tartarus boraxatus.

Dieses Medicament wurde daher ausgesetzt und Acid. muriat. verordnet. (Acid. muriat. 1,5; Aq. dest. 150,0; Syr. simpl. 30,0. M. D. S. Zweistündlich einen Esslöffel.) Darauf war am anderen Tage das Fieber geringer, eine weitere Zunahme des Exanthems fand nicht mehr statt. Die sehr trockene und schmerzhafte Haut der Vola manus wurde reichlich mit Ung. leniens gesalbt. Am 18. Juni war Pat. beinahe fieberfrei, fühlte sich ganz wohl. Das Aussehen des Exanthems war im Grossen und Ganzen das frühere, und begann die Haut sich abzuschuppen. An den Fingern löste sich die Epidermis in grossen Fetzen, an dem übrigen Körper in ganz kleinen Blättchen ab.

In der Umgebung der Augenlider producirte die Haut eine gelbliche, die Lider verklebende Flüssigkeit, die Conjunctiva zeigte sich stark geröthet. Eczembläschen waren nicht zu sehen.

Die Röthung der Haut an den Händen, Armen und Unterschenkeln hielt noch einige Tage an, die Desquamation wurde, während Patient fieberfrei war und sich völlig wohl fühlte, immer mächtiger. Die Haut der Fusssohlen begann sich im Ganzen abzulösen und fiel schliesslich am 23. Juni vom rechten, am 25. Juni vom linken Fusse in Gestalt eines wohl erhaltenen aus Epidermis bestehenden Pantoffels ab. Seit dem 23. Juni wurde Pat. täglich warm gebadet,

die Haut mit einem Streupulver aus Zinc. oxyd. Magnes. carbon. und Amyl. pur. bedeckt und die Füsse mit Bleivaselinsalbe eingefettet.

Unter dieser Behandlung erblasste das Exanthem in wenigen Tagen, während die Abschuppung noch mehrere Wochen anhielt. Ausser an den Augenlidern nässte die Haut übrigens nirgends.

Auf das pleuritische Exsudat hatte weder die Behandlung mit Tartarus boraxatus noch das Auftreten des Exanthems irgend welchen Einfluss.

Als Pat. am 28. Juli von der medicinischen Klinik nach einer anderen Abtheilung des Hospitals verlegt wurde, war die Haut wieder völlig gesund, das Exsudat aber so gross wie zuvor.

Dass es sich in dem vorliegenden Falle wirklich um ein Arzneiexanthem handelte, welches durch einen längeren Gebrauch grosser Dosen von Tartarus boraxatus bedingt war, unterliegt wohl keinem Zweifel. In den ersten Tagen hatte das Exanthem zwar eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Masernexanthem, da jedoch der Patient ein Mann von 48 Jahren war, derselbe sich auch schon fünf Wochen in der Klinik befand, als das Exanthem ausbrach und sich in der Klinik und in deren Nachbarschaft Masernkranke nicht befanden, auch sehr lange Zeit nicht befunden hatten, war die Annahme einer Masernerkrankung von vorneherein sehr misslich. Auch fehlte ein Prodromalstadium, wie es den Masern vorauszugehen pflegt, die Betheiligung der Respirationsschleimhäute ganz und im Anfange auch das Fieber beinahe ganz. Ferner trat im Gegensatz zu den Masern der Ausschlag zuletzt und am schwächsten im Gesichte, am stärksten dagegen an den Beinen auf, war die Röthung eine sehr dunkle und mehr confluirende, später stellenweise hämorrhagische, wie dies nur bei den schwereren Masernerkrankungen zuweilen der Fall ist, die folgende Desquamation eine zu reichliche. Dazu kommt, dass das Exanthem stark juckte, die Haut der Augenlider zu einer gewissen Zeit nässte, das Allgemeinbefinden verhältnissmässig sehr wenig gestört war und der ganze Verlauf des Falles bezüglich des Temperaturverlaufes und der Hauteruption sich nicht so typisch gestaltete, wie dies bei den Masern gewöhnlich geschieht.

Wenn wir nun aus diesen Gründen Masern glaubten ausschliessen zu können, blieb nichts übrig, als die Annahme eines

Arzneiausschlages. Unser Patient hat ausser dem Tartar. boraxatus, wie oben erwähnt, nur Digitalis erhalten und letzteres im Infus vom 2. Mai bis 20. Mai gebraucht, während das Exanthem erst am 9. Juni zum Vorschein kam, drei Wochen nach der letzten Dosis. Arzneiausschläge nach Gebrauch von Digitalis sind wiederholt beobachtet worden, wenn auch sehr selten. Zwei derartige Fälle hat Traube mitgetheilt. In dem ersten handelte es sich um eine erysipelatöse Affection im Gesicht mit folgender Abschuppung, doch hält er es selbst für zweifelhaft, ob diese Affection Folge der Digitalis war. In dem anderen Falle fand sich ein über den ganzen Körper verbreitetes papulöses Exanthem, auf welches ebenfalls eine Abschuppung folgte. In diesem Falle hält Traube den Zusammenhang mit der Digitaliswirkung für wahrscheinlich. (Conf. Traube, Beiträge zur Pathologie und Physiologie, Bd. II, pag. 125 ff und 149 ff. Lewin, die Nebenwirkungen der Arzneimittel, Berlin 1881, Seite 192.) In diesen beiden Fällen trat das Exanthem 4, resp. 5 Tage nach der letzten Digitalisgabe auf und zwar bald darauf, nachdem die Digalitis ihre volle Wirkung auf den Puls entfaltet hatte. In unserem Falle ging die Pulsfrequenz am 19—21. Mai auf 56—64 Schläge herunter, am 20. Mai wurde die Digitalis ausgesetzt, am 22. machte der Puls schon wieder 84—92 Schläge pro Min., blieb dann immer beschleunigt und erst am 9. Juni trat das Exanthem auf. Diese Zeitfolge macht es auch unter Berücksichtigung der cumulativen Wirkung der Digitalis unmöglich, die letztere in unserem Falle als die Ursache des Exanthems zu betrachten. Herr Geheimrath Biermer hat überdies ein Arzneiexanthem nach Digitalis niemals gesehen, obgleich diese in seiner Klinik ausserordentlich häufig verordnet wird.

Es bleibt darnach nichts übrig, als dem langen Gebrauche grosser Dosen von Tartarus boraxatus die Schuld an der Entstehung des Exanthems beizumessen. Gestützt wird diese Auffassung noch dadurch, dass die Eruption sogleich stillstand und bald darauf einer Desquamation Platz machte, als der Tartarus boraxatus ausgesetzt worden war.

Eine ähnliche Beobachtung in der Literatur aufzufinden, ist mir nicht gelungen. Auch in der Klinik des Herrn Geheimrath Biermer, in der allerdings der Tartarus boraxatus nur selten verordnet wird, ist dieser Fall der einzige in seiner Art.

Welcher der beiden Bestandtheile des Tartarus boraxatus als die eigentliche Ursache des Exanthems zu betrachten ist, ob der Tartarus depuratus oder das Natron biboracicum, bleibt ungewiss, da nach keinem von beiden, soweit mir bekannt, bisher ein Arzneiexanthem beobachtet worden ist.

III.

Ein seltenes Exanthem im Verlaufe von Abdominaltyphus.

Gustav St., 20 Jahre alt, Schmied, wurde am 26. September 1883 in die Klinik aufgenommen.

Derselbe war ein sehr robust gebauter, bis dahin gesunder Mann, zur Zeit an Typhus abdominalis erkrankt. Er befand sich beim Eintritte in die Klinik am 7. Tage der Krankheit (nach Abrechnung eines zweiwöchentlichen Prodromalstadiums). Der Typhus war ein sehr schwerer, verlief mit sehr hohem Fieber, sehr schnellem kleinen Pulse, starken Delirien, Secessus inscii, glich im Anfange einer schweren septischen Infection. Bald trat auch eine doppelseitige Lungenhypostase, Laryngitis und ein allerdings nicht bedeutender Kreuzbeindecubitus hinzu. Die Behandlung bestand in der Verabreichung von Wein, Tinct. Moschi und Chinin.

Am 30. September wurde Patient in das permanente warme Bad gelegt (29° R.), um ein Weiterschreiten des Decubitus zu verhüten. Am folgenden Tage war der Allgemeinzustand des Kranken etwas besser, doch waren auf dem Rücken mehrere kleine einer Acne ähnliche Knötchen aufgetreten, welche zunächst eine Eiterbildung nicht erkennen liessen. Diese Knötchen nahmen in den nächsten Tagen, während sich das Befinden des Pat. allmählich besserte, an Zahl ausserordentlich zu. Am 6. October bedeckten mehrere Hundert derselben sehr dichtstehend den Rücken von den Schultern bis zum Becken herab, die hintere Fläche der Beine und das Scrotum. Einige wenige fanden sich auch am Bauche. Die Knötchen prominirten stark über das Niveau der Haut, fühlten sich sehr derb an, hatten die Grösse einer Erbse bis zu derjenigen eines Fünfpfennigstückes und eine eigenthümliche dunkelbraunrothe Farbe. Irgend eine Beziehung der Knötchen zu den Talgdrüsen, wie bei einer Acne vulgaris, war nicht zu erkennen. Ein Theil der Knötchen zeigte in der Mitte einen kleinen Eiterherd, aus welchem sich durch seitlichen Druck eine im Verhältniss zur Grösse des

Knötchens nicht unbedeutende Menge Eiter ohne Smegma entleeren liess. Der Anblick, welchen dieses dichtgesäte Exanthem darbot, war ein ganz ungewöhnlicher und erinnerte noch am meisten an ein papulös-pustulöses Syphilid. Allmählich wandelten sich sämmtliche Knötchen in Pusteln um. Die letzteren wurden nach und nach alle ausgedrückt, die afficirten Hautpartien mit Unguent-Zinci bedeckt. Nach der Entleerung des Eiters bildete sich auf der Mitte des Knötchens ein kleiner Schorf, der nach einigen Tagen abfiel, zunächst ohne eine deutliche Narbe zu hinterlassen. Zu einer Geschwürsbildung kam es dennoch nirgends. Das Exanthem verursachte an und für sich weder Jucken noch Schmerzen, letztere stellten sich nur bei anhaltendem Liegen auf dem Rücken ein, so dass der Kranke häufig genöthigt war, die Bauchlage einzunehmen.

Die Knötchen nahmen nach der Entleerung des Eiters zwar an Höhe etwas ab, blieben aber noch lange bestehen, behielten auch ihre braunrothe Farbe und derbe Consistenz und waren noch in grosser Menge vorhanden, als der Kranke, von seinem Typhus genesen, am 19. November 1883 auf seinen Wunsch aus der Klinik entlassen wurde.

Das pustulöse Exanthem dieses Kranken möchten wir als eine directe Folge der schweren Allgemeininfection, als einen durch das im Blute kreisende specifische Gift hervorgerufenen Entzündungsprocess der Haut betrachten. Dass sich die Efflorescenzen vorzugsweise, wenn auch nicht ausschliesslich, auf dem Rücken fanden, steht dieser Auffassung nicht im Wege. Denn es ist bekannt, dass für die Localisation auch solcher Hautaffectionen, denen zweifellos eine abnorme Blutbeschaffenheit zu Grunde liegt, vielfach mechanische Momente, wie ein solches z. B. auch ein stärkerer Druck beim Liegen auf dem Rücken darstellt, den Ausschlag geben. Ich erinnere, um dies zu illustriren, nur an die Hautsuffusionen im Zustande der Cholämie.

Ein pustulöses Exanthem, wie das oben geschilderte während des Verlaufs eines Typhus abdominalis muss eine äusserst seltene Complication sein. Weder bei Murchison, noch bei anderen Autoren habe ich ein solches Exanthem erwähnt gefunden. Auch Herr Geheimrath Biermer hat früher einen derartigen Ausschlag bei einem Typhuskranken niemals beobachtet, obgleich in seiner Klinik in Breslau seit 1874 circa 350 Fälle von Abdominaltyphus behan-

delt wurden und das ihm in Zürich zu Gebote stehende Material ein noch viel grösseres gewesen ist.

Unter allen bekannten Exanthemen steht dieses wohl am nächsten der sogenannten Acne cachecticorum sowohl in anatomischer wie in genetischer Beziehung.

Meinem verehrten Chef, Herrn Geheimen Medicinalrath Professor Dr. Biermer, spreche ich für die freundliche Erlaubniss der Veröffentlichung dieser Fälle meinen wärmsten Dank aus.

Ueber eine eigenthümliche Form von Lidhautgangrän bei Kindern.

Von **Dr. Richard Hilbert,** Königsberg i. Pr.

Im Laufe des vorigen Jahres (1883) hatte Verfasser dieses Gelegenheit gehabt, zwei Fälle von Spontangangrän der Lidhaut bei Kindern zu behandeln, wie ihm solche während mehrjähriger Thätigkeit als Assistent an ophthalmologischen Kliniken noch niemals vorgekommen waren. Beide Fälle verliefen in vollständig identischer und dabei in so charakteristischer Weise, dass man unwillkürlich daran denken musste, ein Krankheitsbild sui generis vor sich zu haben. Ob dieses wirklich der Fall sei, müssten selbstverständlich erst spätere und zahlreichere Beobachtungen erweisen. Der erste der beiden Fälle ist bereits früher an anderer Stelle veröffentlicht worden [1]).

Fall 1. Margarethe Bluhm, 4 Monate alt. Das Kind stammt von gesunden Eltern und ist bisher stets gesund gewesen. Es sieht für sein Alter kräftig entwickelt aus und besitzt ein nicht unbedeutendes Fettpolster. Am 25. April vorigen Jahres wurde dasselbe zu mir gebracht mit der Klage, dass sich vor etwa 3 bis 4 Tagen auf dem rechten oberen Lide desselben ohne äussere Veranlassung ein sich allmählich vergrössernder Schorf gebildet hätte. — Im Centrum des rechten obern Lides bemerkt man eine gelbliche Kruste von kreisförmiger Begrenzung und ca. 5 Mm. Durchmesser. Die Haut

[1]) S. R. Hilbert, Ein eigenthümlicher Fall von Spontangangrän der Lidhaut. Centralblatt für praktische Augenheilkunde 1883. Octoberheft S. 293.

in der Umgebung der Kruste ist leicht geröthet. Nach Entfernung der Kruste mit dem Myrtenblatt findet man die Haut darunter der Epidermis beraubt und leicht nässend, so dass ich ein Eczema impetiginosum annahm und Diachylonsalbe in bekannter Weise verordnete. Als ich nun nach zwei Tagen das Kind wieder sah, war in dem oben geschilderten Befunde eine bedeutende Aenderung eingetreten: Das ganze obere Lid hatte sich stark geröthet und war ödematös angeschwollen, der Schorf hatte sich um das doppelte vergrössert und war missfarbig geworden; es bestand Fieber. Eine geschwollene Lymphdrüse war im rechten Kieferwinkel zu fühlen. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Ich liess jetzt warme Carbolwasserumschläge machen und ein leichtes Laxans (Syr. Rhamni cathart.) gebrauchen. Während der folgenden Tage schritt der Process noch weiter vor. Der ursprüngliche Herd wurde trocken und schwarz und es bildete sich dann eine Demarcationslinie in der ganzen Peripherie des Erkrankungsherdes aus. Das nekrotische Hautstück (Epidermis und Cutis) hatte ebenfalls kreisförmige Begrenzung, war schwarz und ziemlich trocken und hatte einen Durchmesser von 19 Mm. Am 1. Mai konnte dasselbe mittelst der Pincette entfernt werden, das Kind war fieberfrei. Ich touchirte den Grund des Defectes energisch mit dem Arg.-nitr.-Stifte und wiederholte diese Manipulation noch an den beiden folgenden Tagen. Während der Zwischenzeit wurde ein Carbolwatte-Verband getragen. Am 3. Mai zeigten sich kräftige Granulationen, ich streute nun Jodoformpulver auf die Wunde und in einer Woche war der Defect vollstängig geschlossen.

Fall 2. Auguste Neumann, 6 Monate alt, aus Königsberg. Das Kind ist ebenfalls seit seiner Geburt stets gesund gewesen und stammt von gesunden Eltern. Dasselbe sieht kräftig und blühend aus. Am 9. December vorigen Jahres sah ich dasselbe zum ersten Mal und zwar consultirte mich die Mutter wegen eines seit 5 Tagen im Centrum des linken oberen Lides entstandenen Schorfes. Derselbe war linsengross und scheibenförmig und wurde von mir gleichfalls als Ekzem angesehen und behandelt. Nach drei Tagen indessen war auch in diesem Fall das Lid ödematös geworden und hatte sich der Schorf bis zu einer Scheibe von 17 Mm. Durchmesser vergrössert, während das Kind mässig fieberte. Therapie wie in Fall 1. Am 16. December war die Demarcation vollendet und konnte das brandige Hautstück entfernt werden. Weitere Behandlung und Verlauf genau wie im ersten Fall. Am 25. December war vollständige Heilung eingetreten.

Beide Fälle betreffen also, wie man sieht, Kinder unter einem Jahr, und zwar Mädchen; beide sind blühend und wohlgenährt und sind bis zu dieser Erkrankung hin stets gesund gewesen. Plötzlich erscheint auf dem oberen Lide ein Schorf, der sich schnell unter Auftreten von Fieber vergrössert und unter welchem die Haut brandig abstirbt. Die Begrenzung des Brandherdes ist in beiden Fällen kreisförmig, ähnlich dem Magengeschwür; Demarcation und Heilung erfolgen prompt und in kurzer Zeit.

Zu bemerken ist nur noch, dass der Defect durch Zusammenziehung der Haut ohne plastische Operation gedeckt wurde, und in beiden Fällen eine hanfkorngrosse platte und im Niveau der Haut liegende Narbe zurückblieb, ohne dass das befürchtete Ektropion eintrat.

Sicher ist es eine ganz eigenthümliche Ernährungsstörung, welche diese partielle Hautgangrän verursacht hat. Ein Milzbrandherd dürfte wohl mit Sicherheit auszuschliessen sein, desgleichen das Oedema malignum (cf. Dubijadoux, Contribution à l'étude de l'oedème malin des paupières. Archives générales de médecine, Décembre 1882. p. 669). Ebensowenig ist an Noma zu denken, wogegen sowohl der Ort der Affection, als auch das blühende Aussehen der Kinder sprechen.

In der Literatur ist es mir nicht gelungen, ähnliche Fälle aufzufinden. Die Lehrbücher sprechen nur von Phlegmonen, resp. Erysipelas gangraenosum der Lider, so Stellwag v. Carion, Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde, Wien 1870, S. 486, und auch Michel in Gräfe-Sämisch, Handbuch der praktischen Augenheilkunde, Bd. IV., S. 387 u. ff. Die von Simon (Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879 Nr. 1) beschriebene multiple kachektische Hautgangrän gehört selbstverständlich auch nicht hieher. Es ist aber wohl möglich, dass den Kinderärzten oder den Specialisten für Hautkrankheiten öfters derartige Fälle zugeführt werden.

Die anfängliche falsche Auffassung des Processes als Eczema impetiginosum ist wohl zu entschuldigen, zumal letztere Affection bei Kindern so ungemein häufig ist, während es auf der anderen Seite bekanntlich zu den grössten Schwierigkeiten gehört, das Anfangsstadium des Brandes zu erkennen.

Mittelbare Uebertragung des Ulcus molle.

Von

Dr. Edmund Lesser,
Privatdocent in Leipzig.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass der Eiter des weichen Schankers durch Eintrocknen seine Virulenz nicht verliert, sondern eine gewisse Zeit wenigstens auch in diesem Zustande übertragbar bleibt. Unter Anderen haben Zeissl[1]) und Boeck[2]) dieses Verhalten durch ihre experimentellen Uebertragungsversuche nachgewiesen, und fand der letztere sogar, dass Eiter, der auf einer Lancette zu einer Kruste eingetrocknet war, noch nach 8 Tagen mit Erfolg überimpft werden konnte.

Ich habe Gelegenheit gehabt, die zufällige Uebertragung von Ulcus molle auf einen Gesunden durch einen Pinsel, der vorher von einem an Ulcus molle leidenden Patienten gebraucht war, zu beobachten und will diesen Fall, der als weitere Bestätigung der oben erwähnten experimentellen Ergebnisse dienen kann, der gleichzeitig aber auch in praktischer Hinsicht nicht ohne Interesse ist, hiermit veröffentlichen.

Fr......., Anna, 15 J., leidet an Lupus vulgaris, der lediglich auf den Extremitäten, hauptsächlich dem linken Oberschenkel und dem linken Vorderarm localisirt und zur Zeit nirgends exulcerirt ist, sondern nur aus Knötcheneruptionen besteht, die an den älteren Partien flacher sind und oberflächliche Desquamation zeigen und an den Rändern grossentheils in serpiginösen Formen angeordnet sind. An einzelnen Stellen finden sich Narben. Die Affection besteht seit 5 Jahren.

Am 7. März 1884 wird behufs der Untersuchung auf Tuberkelbacillen eine Excision in der Weise vorgenommen, dass unter genauen antiseptischen Cautelen am linken Vorderarm eine Hautfalte mit der Pincette emporgehoben und mit einem Scheerenschlage mit der Hohlscheere abgetrennt wird. Die etwa $1^1/_2$ Ctm. lange Wunde wird mit drei Catgutnähten vereinigt und ein Verband mit Carbolwatte angelegt.

---

[1]) Lehrbuch der Syphilis. 4. Auflage p. 207.

[2]) Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart 1875. p. 16.

12. März. Pat. hat keine Schmerzen gehabt. Der Verband wird abgenommen. Die beiden äusseren Nähte sind resorbirt und hat hier vollständige Vereinigung der Wunde stattgefunden. Die mittlere Naht ist nicht resorbirt und sind die Wundränder in der Mitte der Wunde ein wenig auseinandergewichen. Es besteht keine Schwellung oder Röthung, die Wunde ist nicht empfindlich. Entfernung der mittleren Naht. Verband mit Carbolwatte.

14. März. Verbandwechsel. In der Mitte eine kleine granulirende Stelle, sonst völlige Heilung und normales Verhalten der Haut in der Umgebung der Wunde. Bestreuen der granulirenden Stelle mit Jodoform aus einem Gläschen und mittels eines Pinsels, welche bis zum Tage vorher von einem Patienten gebraucht waren, der an weichen Schankern im Sulcus coronarius, die zur Zeit noch eitrigen Belag zeigten, und einem (incidirten) Bubo litt. Es war ein Versehen, dass diese Gegenstände bei jener Patientin in Anwendung kamen.

16. März. Die mittlere offene Stelle der Wunde hat sich in ein linsengrosses, tiefes Geschwür mit steilen, scharfen Rändern verwandelt, dessen Grund dünn eitrig belegt ist. Die umgebende Haut ist eine Strecke weit geröthet, geschwollen und sehr schmerzhaft. Jodoform-Watteverband.

17. März. Die Wunde ist wieder vollständig aufgegangen und bildet ein rundes, etwa zwanzigpfennigstückgrosses Geschwür mit scharfen, etwas unterminirten Rändern und eitrigem Belag des Grundes. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Umgebung haben etwas nachgelassen.

21. März. Das Geschwür hat sich nicht mehr vergrössert, der Boden desselben ist nicht mehr so tief, der eitrige Belag ist geringer geworden. Verband mit Argentumsalbe 0,2: 15,0 Vaseline.

22. März. Grund des Geschwürs ohne Belag, granulirend. Es trat nun durch Vernarbung vom Rande her allmählich Verkleinerung des Geschwüres ein und am 1. April, 18 Tage nach der Uebertragung des Schankereiters, war die Heilung vollendet.

Dass es sich hier wirklich um einen „Impfschanker“ handelte, konnte bei der ausserordentlich charakteristischen Beschaffenheit des Geschwürs nicht zweifelhaft sein. Ich konnte mich aus leicht begreiflichen Gründen nicht dazu entschliessen, durch eine weitere Impfung diese Diagnose vollends zu bestätigen. Auch die Zeit des Auftretens nach der Application des betreffenden Jodoformpinsels stimmt ganz

mit den bekannten Entwicklungsverhältnissen des weichen Schankers überein. Da der an Ulcus molle leidende Patient die Einstreuungen selbst vornahm, so ist ferner eine Berührung des Pinsels mit den Geschwüren als wohlmöglich vorauszusetzen. Ich möchte dagegen diesen Fall in keiner Weise in der Richtung als beweisend ansehen, dass das Jodoform etwa nicht im Stande wäre, das Gift des weichen Schankers zu zerstören. Es lässt sich natürlich nicht nachweisen, inwieweit das Jodoform hier mit dem inficirenden Eiter wirklich gemischt war, und daher lässt sich für diese Frage kein Schluss aus der mitgetheilten Beobachtung ziehen.

Ueber Dermatitis exfoliativa neonatorum.

Vortrag, gehalten am 19. November 1883 im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg in Pr. von **Prof. J. Caspary.**

Meine Herren, erlauben Sie mir eine kurze Mittheilung über einen seltenen, aber in mehrfacher Beziehung interessanten Krankheitszustand der Neugeborenen, die Dermatitis exfoliativa neonatorum. Ein jüngst beobachteter Fall der Art ist es zunächst, der mich veranlasst, heute um das Wort zu bitten; aber ich hätte mich bei meinen immerhin spärlichen Erfahrungen über das Hautleiden nicht dazu berechtigt gehalten, wenn ich mich nicht überzeugt hätte, dass anderen Collegen der Gegenstand ganz fremd war.

Der Name, wie eigentlich unsere ganze Kenntniss der Krankheit, stammt von dem jüngst verstorbenen Rittershain her, der 1878 eine sehr sorgsame, auf 274 Fälle aus dem Prager Findelhause sich stützende Beschreibung gegeben hat. Seither ist eine genauere Mittheilung nicht gemacht, aber Auspitz, Kaposi, Bohn haben, zum Theil auf Grund eigener Erfahrungen die Specifität des Krankheitsprocesses vollauf bestätigt und den Namen, den ihm Rittershain gegeben, adoptirt. Die von diesem Autor publicirten Beobachtungen haben keinen Eindruck hinterlassen. R. konnte daher mit Recht von einer bisher nicht beschriebenen Hautaffection sprechen. Seine Schilderung ist sehr klar und umfasst die leichtesten bis zu den schwersten Fällen; wenn sie trotzdem bis heute nicht mehr bekannt geworden, wenn sie auch

bei den Erfahrensten anfangs Zweifeln über die Selbstständigkeit des Krankheitsverlaufes begegnete, und z. B. soweit ich ersehen kann, in dem neuesten Lehrbuche über Dermatalogie von Hanns Hebra nicht erwähnt wird, so liegt das vielleicht an einer gewissen Breite der Darstellung, an den sehr variirenden Bildern, die vorgeführt werden und die von einander fast so weit abstehen, wie etwa die verschiedenen Arten des Eczems. Jedenfalls ist die Schilderung R.'s ganz eigenartig, in kurzen Zügen folgende: Nach völligem oder nahezu völligem Ablauf der normalen Abschilferung der Haut des Neugeborenen, am Ende der ersten, bis zum Ende der fünften Woche beginnend, Eintritt einer ausgebreiteten, meist in Kurzem universellen Hautröthe, vielfach von vorne herein dunkel gefärbt, gewöhnlich von der unteren Gesichtshälfte beginnend. In schneller Folge tritt nun eine Lockerung der Epidermis oder gewisser Epidermisschichten ein, der Art, dass in den leichten Fällen nur kleien- und fetzenförmige Abhebung von Epidermis stattfindet, in sehr vielen solche Abhebung durch flüssiges Exsudat in umschriebenen Formen von Bullen, Pusteln eintritt, in den schwersten solche Abhebung durch Flüssigkeit in weiten Strecken stattfindet. Das Wesentlichste bleibt die mehr weniger verbreitete, meist fast universelle Abhebung oder Abhebbarkeit (durch den geringsten Druck, durch Reiben der Kleidungsstücke u. s. w.), also Loslösung und Lockerung von Epidermisschichten auf geröthetem Boden. Eine weitere, wichtige Eigenthümlichkeit ist die, dass, ob auf weiten Strecken die Oberhaut durch Flüssigkeit abgehoben ist, oder nur trockene Trümmer abgestossen werden, ob durch Borken und Rhagaden das Gesicht und sonst andere Stellen getroffen und schmerzhaft gemacht sind, oder nicht, der Verlauf immer fieberlos ist, die sonstigen Functionen, soweit nicht mechanisch behindert (Rhagaden und Borken der Mundwinkel) oder unabhängig davon complicirt, normal erscheinen. Nachkrankheit: Eczeme, Furunculose; Prognose: Im ganzen eher gut.

Ich habe in letzter Zeit einen einschlägigen Fall gesehen und erlaube mir, bei der Kärglichkeit der bisher verzeichneten Beobachtungen denselben hier mitzutheilen:

Ein schwächliches Kind gesunder Eltern, mit guter Kindermilch sorgsam aufgezogen, hatte am zehnten Lebenstage ein acutes Eczem bekommen, das unter Streupulvern, seltenem Baden bald zurückging. Am Ende der fünften Woche trat plötzlich eine glühende Röthe um

Abdomen und Nates ein, die sich schnell verbreitete. Ich wurde am nächsten Tage dazugerufen und fand einen ganz erschreckend aussehenden Krankheitszustand. Die ganze Hautoberfläche dunkelroth, glänzend, mit feinen Schüppchen hie und da bedeckt, an mehreren Stellen tief greifende Pusteln, die nach der Berstung einen tief in das Corium greifenden Substanzverlust, gleich dem Grunde eines Furunkels nach Ausstossung des nekrotischen Zapfens zeigten. Am wenigsten roth war das Gesicht, aber auch hier war die Haut gedunsen, gespannt, an den Mundwinkeln eingerissen. Dabei Fieberlosigkeit (keine angina), aber häufige grüne Stühle, viel Wimmern, Schlaflosigkeit. Eine sofort durch die Güte eines befreundeten Arztes beschaffte Amme erwies sich auch als wenig tauglich, wurde aber bei dem schweren Leiden des Kindes nun beibehalten, die Stühle besserten sich nicht, bei dem sehr geringen Nahrungsbedürfniss des Kindes reichte die Brust gerade aus. In den nächsten 8 Tagen blieb die dunkle Röthung der Haut, die auf Fingerdruck einer gelbröthlichen Farbe momentan wich, unverändert, aber überall stiessen sich kleinere oder grössere Epidermisfetzen ab, genau so wie Rittershain es beschrieben hat. Wenn ich Morgens hinzukam, fand ich an vielen Stellen solche Fetzen an den Enden aufgerollt liegen, der leichteste Druck hob sie von ihrer Unterlage ab, eine Verschiebbarkeit anscheinend festsitzender Oberhaut war nicht vorhanden, an Händen und Füssen gingen ganze Handschuhe ab, wie bei Scharlach. Das Scrotum war feucht geworden, ebenso die Crena ani; sonst nirgends ausser in einigen Schrunden der Schenkel gleichwie in den Mundwinkeln Flüssigkeit sichtbar. Am Ende der ersten Woche begann der Rücken etwas abzublassen, inmitten derselben das Gesicht (die Schleimhäute waren nie besonders roth erschienen, ausser der Conj. palpebr.), am Ende der zweiten Woche war allerorten die Haut blässer, während noch immer Epidermisfetzen sich ablösten. Erst nach $2^1/_2$ Wochen war der Process vollständig beendet, das Kind ruhig, der Schlaf gut. Die Gewichtsabnahme um mehr als 1 Pfund kam sicher auf Rechnung der gestörten Ernährung, die nun geändert wurde.

Meine Herren, wenn ich das Krankheitsbild übersehe, so ist ein diagnostischer Irrthum, wie ich glaube, ausgeschlossen. Von einem acuten Exanthem, von Erysipelas, von Pemphigus vulgaris oder gar foliaceus konnte nicht die Rede sein, ebensowenig von einem universellen Eczem, da nirgends bei dem mehrwöchentlichen Bestande des

Hautleidens Papeln, Bläschen, Pusteln oder deren Folgen auftraten. Es handelte sich um eine Affection sui generis und nach den Aufklärungen der werthvollen Monographie von Rittershain zweifellos um einen Fall von Dermatitis exfoliativa; leichtester Art insoferne, dass nirgends Abhebung von Epidermis durch Flüssigkeit eintrat, schwer genug aber durch die Universalität der Hauterkrankung, wie durch deren ungewöhnlich lange Dauer, die vielleicht durch die ungenügende Ernährung und das Magen-Darmleiden unterhalten wurde. So sahen denn auch die Wundflächen, die nach Abstossung der Furunkelpfröpfe sich präsentirten, anfangs immer absolut atonisch aus. Die Prognosis, valde dubia, die ich mich bei der ersten Visite zu stellen beeilt hatte, erwies sich sehr bald als irrig, der Anblick der kranken Hautoberfläche, mit ihrem dunklen Roth, das auf Fingerdruck gelblich wurde, darunter die Epidermistrümmer, der absolute Mangel an jeder Efflorescenz, die geschwellte und um die Schleimhautöffnungen wie zu kurz aussehende Haut, erinnerte frappant an Pityriasis rubra. Diese, fast immer tödtliche Krankheit (nur Auspitz sah einen innerhalb Jahresfrist glücklich abgelaufenen Fall, Kaposi berichtet von zwei solchen), verläuft ganz chronisch, ist nach den bisherigen Beobachtungen ein übles Vorrecht des reifen Alters und kommt natürlich bei dem acuten Verlauf des Falles, bei seiner Zugehörigkeit zur Dermatitis exfoliativa mit ihrer vielfachen Exsudation nicht in Betracht, d. h. diagnostisch; ob nicht im Wesen die Processe ähneln, will ich mir gleich zu besprechen erlauben. Vorher nur noch zwei kurze Bemerkungen: Einmal über zwei Fälle von Fleischmann, die 1872 in einer Arbeit über Gehirntuberkeln bei Kindern angeführt und eigens berichtet, im Jahre 1878 gelegentlich einer Mittheilung von Hanns Hebra, von Fleischmann wieder in Erinnerung gebracht wurden. Diese Fälle wurden von dem Autor und seither allerwärts als Pityriasis rubra aufgeführt, bei denen, wie in einem Falle von Hebra, im Gehirn Tuberkel gefunden wurden, mithin die Möglichkeit vorlag, das Exanthem als trophoneurotisches zu deuten. Aber mir scheint die Diagnose der Fleischmann'schen Fälle nicht zweifellos; in beiden zeigt sich die Haut an einem Theile der Oberfläche lederartig trocken, gelblich oder bräunlich glänzend, wie Pergamentpapier, wie scleremisirt sich anfühlend, in unregelmässige Felder gebrochen, die übrige — also gesund aussehende — Haut rauh, wie schuppig anzufühlen, reichlich desquamirend. Das ist nicht das typische Bild der

Pityriasis rubra, die bei längerem Bestande durchwegs gleich dunkelroth aussieht und überall auf dieser veränderten Färbung veränderte Textur durch die anomale Abschuppung zeigt. — Dann aber scheint mir auch die vereinzelte Erfahrung, die ich gemacht habe, gegen die Unterordnung der Dermatitis exfoliativa unter den Pemphigus zu sprechen (G. Behrend). Solche leichtere Fälle zeigen gerade in ihrem Mangel an Exsudation, wie an Herderkrankungen der Haut doch einen ganz anderen Typus, als die Pemphigusfälle, wenigstens im klinischen Bilde.

Aber, meine Herren, wenn ich auch der Ansicht bin, dass die Dermatitis exfoliativa neonatorum einen eigenen Platz beanspruchen kann in der Reihe der Hautkrankheiten, so bin ich doch nicht überzeugt, dass Namen und Krankheitszustand sich vollkommen decken. Ich verwahre mich gleich gegen den Verdacht, als wollte ich einen anderen Namen vorschlagen, wozu mich weder meine mangelnde Erfahrung berechtigen, noch die Lust verführen dürfte, zu den unzähligen Terminis der Dermatologie noch einen (mihi) hinzuzufügen. Aber sollte wirklich hier eine Dermatitis, ein entzündlicher Zustand der Haut verliegen? Denken Sie an das leichte Fiebern der Kinder bei geringsten Anlässen, und vergleichen Sie damit die ausnahmslose Fieberlosigkeit bei solchen universellen, meist mit ausgedehnten Exsudationsvorgängen einhergehenden Hautröthungen. Aber Hautröthung, auch acut auftretende, ist doch nicht ohne weiteres für entzündlich zu halten, zumal wenn Oberhautschichten verloren gegangen sind. Ich glaube, ein Theil der Röthung stammt von dem stärkeren Durchscheinen des bluthaltigen Coriums durch eine dünnere Decke, so wird meist die Färbung der Haut als dunkel- manchmal blauroth geschildert, und so sah sie auch von vorneherein in dem von mir beobachteten Falle aus. Ich möchte glauben, dass der Process wesentlich in der Oberhaut verläuft, eine Epidermidolysis freilich unbekannter Genese darstellt, zu der sofort eine secundäre Hyperämie in den Coriumgefässen zutritt. Dass nur eine gesteigerte oder verlängerte physiologische Exfoliation der Epidermis die Sache erklärt (Kaposi, Bohn), ist mir nicht einleuchtend. Die Schuppen, die ich mikroskopisch untersuchen konnte, waren immer nur Theile der Hornschicht, aber in schwereren Exsudativfällen mögen ja auch tiefere Schichten befallen sein. Dann würde sich die Dermatitis exfoliativa neonatorum der Pityriasis rubra, die Auspitz als Keratolysis auffasst, anreihen lassen; auch an den Pemphigus, bei dem Auspitz eine Akantholysis, d. h. eine

Abschuppung in der Höhe der Stachelschicht annimmt. Bisher galt Hautröthung, wenn nicht ein Trauma vorlag, Aufschiessen von Knötchen, Bläschen, Blasen immer ohne Weiteres als entzündlich, so finden sich in dem grossen Werke von Hebra Psoriasis, Lichen ruber, Eczem und Variola (soweit es sich um die Pustelbildung bei dieser handelt) in dem Capitel der Hautentzündungen. Ebenso auch die Prurigo, bei der ganz entzündungslose Knötchen nach Hebra das Wesentlichste des Processes sind. Ein selbstständiges Leben und Erkranken der Oberhaut war wie früher das des Knorpels ausgeschlossen. Dem gegenüber hat Auspitz schon seit Langem und mit besonderem Nachdruck in seinen ausgezeichneten neuesten Arbeiten (System d. Hautkrankheiten und Ziemssen, allgem. Dermatopathologie) Erkrankungen der Epidermidalschichten aufgestellt, natürlich immer abhängig von dem ernährenden Saftstrom in den Coriumgefässen, aber selbstständig in Genese und Verlauf, unabhängig von Krankheiten des Papillarkörpers oder der tieferen Schichten. Es handelt sich hier nicht um geistreiche Düfteleien, sondern um Beobachtungsresultate und die daraus gezogenen Schlüsse. Ich denke, für die entzündliche Natur der Pityriasis, des Lichen ruber werden heute nicht Viele mehr plaidiren, bei Pityriasis rubra, bei Dermatitis exfoliativa liegt es sehr nahe, den entzündlichen Charakter anzuzweifeln. Inwieweit man die Processe in die Epidermis oder in das Corium hineinverlegen soll, darüber ist gewiss eine Entscheidung noch im weiten Felde, aber ich möchte es noch einmal wiederholen, dass die Fieberlosigkeit der Processe, speciell der Dermatitis exfoliativa neon. bei ihrer Ausbreitung über die ganze Haut, die meist dunkle Röthung derselben den Gedanken nahe legen, eine universelle Dermatitis, d. h. eine allgemeine Entzündung des Coriums liege nicht vor, sondern eine acute Ernährungstörung der obersten nicht gefässhaltigen Schichten. Dass deren Lockerung, deren Dehiscenz nicht fiebererregend wirkt, ist jedenfalls viel leichter denkbar.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.

Brooke. Beitrag zur Lehre über die Genese der Horngebilde. (Mittheilungen aus dem embryologischen Institute der k. k. Universität in Wien von Dr. S. L. Schenk. II. Bd. 3. H. 1883. — Fortschritte der Medizin Nr. 3. 1883.)

Nach Brooke ist im dritten Monat etwa, zu einer Zeit, in der man in der Malpigh. Schicht nur die Cylinderepithelien und nur die eine Uebergangsform von rundlichen Elementen mit feinkörnigem Protoplasma zu kernhaltigen Plattenepithelien sieht, die Grenze des Nagels nur bestimmt durch die Erhebung des mittleren Keimblattes zum Nagelfalz. Bei einem 6 Ctm. langen Embryo begrenzt eine seichte Querfurche den Nagel, d. h. das Bett desselben gegen die Fingerspitze. In diesem Stadium zeigen die Elemente noch keine Spur der Verhornung, mit Ausnahme einiger Zellen in der Tiefe des Nagelfalzes, die neben kleinen Körnchen grössere tropfenartige Stellen enthalten, ähnlich denen im verhornenden Vogelschnabel.

Der eigentliche Verhornungsact, der zur Bildung der Hornschicht des Nagels führt, tritt erst später bei einem 9 Ctm. langen menschlichen Embryo auf. Der Höhendurchmesser der Epidermis des Nagelbettes hat abgenommen und stellenweise hat eine Abschuppung stattgefunden. Der Nagelfalz ist tiefer. Am Vorderrande des Nagelbettes ist das Epithel verdickt. Elaidinkörner finden sich in einigen Zellen des Nagelfalzes. Etwa im 6. Monat ist der Nagel deutlich umschrieben, weniger gut am vorderen Rand. Vom Nagelfalze aus erstreckt sich eine Schicht von verhornenden Zellen nach vorn.

Blaschko. Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Oberhaut. (Verhandl. d. physiol. Ges. zu Berlin, Nr 4 und 5 vom 28. Dec. 1883, Sitz. am 21. Dec. 1883.)

Blaschko berichtet über Untersuchungen, die derselbe zum grössten Theil schon im Jahre 1878 angestellt hat und zu deren Wiederaufnahme er durch die Arbeiten von Kollmann „Ueber den Tastapparat der Hand der menschlichen Rassen und der Affen“ und von Lewinski „Zur Physiologie des Rete Malpighii“ veranlasst worden ist. Nach Lewinski ist das Rete eine weiche Platte, deren Gestalt von den in jedem Augenblicke herrschenden Druck- und Spannungsverhältnissen abhängig ist, der also, so muss man schliessen, eine constante, typische Form nicht zukommen kann. Letzteres ist aber nicht der Fall, vielmehr besitzt die Oberhaut eine höchst regelmässige Gliederung, zu deren Erkenntniss man bis jetzt nach dem Vf. nur deshalb in so unvollkommenem Masse gelangt ist, weil man stets am erwachsenen Menschen untersucht hat, wo diese Regelmässigkeit schwerer zu erkennen ist, hauptsächlich aber, weil man in der — freilich schon von Auspitz bekämpften — Meinung, die Cutis sei der formgebende Theil, sich statt mit der Epidermis immer nur mit dem Cutisausgusse derselben beschäftigt hat.

Verf., welcher die Epidermis an Händen und Füssen von Affen genauer studirt hat, findet ausser den an der Oberfläche ebenso wie beim Menschen vorhandenen Riffen und Furchen an der inneren, der Cutis zugekehrten Seite eine bienenwabenähnliche Structur, hervorgerufen durch die Kreuzung von längs- und querlaufenden Epithelialleisten. Unter den Längsleisten, welche gerade doppelt so zahlreich sind als die Riffe an der Oberfläche, sind zwei verschiedene Arten zu unterscheiden, die Drüsenleiste und die Falte. In der ersteren, welche in ihrem Verlauf den Riffen entspricht, finden sich die Schweissgänge, und in der Mitte zwischen zwei in regelmässigen Abständen stehenden Drüsenleisten verläuft eine andere, der Furche entsprechende Leiste, welche dadurch zu Stande kommt, dass die Oberhaut mit allen Schichten nach innen eingefaltet erscheint: die Falte. Zwischen den langen Drüsenleisten und Falten sind in regelmässigen Zwischenräumen kurze Querleisten ausgespannt, welche mit ihnen die bekannten kegel- oder pyramidenförmigen Hohlräume bilden, deren Ausgüsse man Papillen genannt hat. Die Drüsenleiste sowohl, wie die Falte, haben nach unten hin einen glatten Contour, und nur solche Längsschnitte, welche durch die Querleisten gehen, zeigen welligen Contour. Die Falte reicht an der Fusssohle tiefer hinab als an der Hand und den Fingern; ihre Tiefe ist ausserdem von augenblicklichen Spannungsverhältnissen

abhängig. Beim Menschen sind die Verhältnisse die gleichen und beim Neugebornen und beim Kinde auch leicht nachweisbar, späterhin wird die Drüsenleiste sehr dünn und nimmt einen stark gezackten Verlauf an, wodurch die Orientirung erschwert wird. Auch finden sich häufiger als beim Affen secundäre Querleisten, namentlich an den Fingerspitzen.

Gegenüber der alten Anschauung, dass die papilläre Begrenzung der Cutis durch Hervorwachsen von Gefässen gegen das Rete entstehe, hat zuerst Auspitz angenommen, dieselbe werde hervorgerufen durch das Vorschieben zapfenartiger Fortsätze aus der Epidermis in die ihr in toto engegenwachsende Lederhaut. Neuerdings hat Kollmann die hierbei zu Grunde liegenden mechanischen Bedingungen klargelegt. Verf., welcher ebenfalls der Epidermis vorwiegende Bedeutung für das Zustandekommen der verschiedenen Oberhautgebilde vindicirt, sieht dieselben in folgender Reihenfolge entstehen: Drüsenleiste (4. Monat), Drüsen (4—5. Monat), Falte (6. Monat), Querleisten (7—8. Monat). Drüsenleiste, Drüsen und Querleisten entstehen durch Wucherung der Epidermis nach innen, diese Wucherung ist bedingt durch den „Seitendruck der in ihrer Keimschicht activ sich ausdehnenden Epidermis" (Kollmann). Die Falte (und mit ihr die Sonderung von Riffen und Furchen) wird hervorgerufen durch Faltung aller Oberhautschichten nach innen; als Causalmoment wirkt ebenso wie bei der Bildung der Drüsenleiste das gesteigerte Wachsthum in der Längsrichtung. Die Verdickung der Hornschicht über die Drüsenleiste (Kollmann) ist nur scheinbar und wird vorgetäuscht durch die beginnende Einsenkung der Oberhaut zwischen den Drüsenleisten; auch beim Erwachsenen ergeben Messungen gleiche Dicke der Hornschicht in den Furchen wie auf den Riffen. Die Papillen entstehen nicht, wie Kollmann angibt, durch glockenförmige Erhebungen der tiefsten Epidermisschichten nach aussen, ihre Bildung ist vielmehr mit der der Drüsenleisten und Falten zur Hälfte schon gegeben, sie wird vollendet durch die spätere Wucherung der Querleisten in die Tiefe.

Verf. stellt weitere Mittheilungen über die Haut am übrigen Körper und über die histologischen Details der Wachsthumsverhältnisse in Aussicht und bespricht zum Schluss noch eine zur Anwendung gekommene Tinctionsmethode, eine Doppelfärbung mit Haematoxylin und Picrocarmin, bei welcher die verhornten Epithelialgebilde

eine saftgrüne Färbung annehmen und welche sich für normale und pathologische Objecte von der Haut, den Schleimhäuten, sowie von Arterien vorzüglich (in der That Ref.) bewährt hat. So behandelte Präparate aus dem Jahre 1878 wurden in der Sitzung demonstrirt.

Schulz. Embryonale Abschnürungen von Epidermis. (Virchow's Archiv Bd. 95. Heft 1. 1884.)

Schulz untersuchte zwei kleine Anschwellungen aus der Achselhöhle eines halbjährigen Kindes, aus deren Spitze aus kleiner Oeffnung serös-eitrige Flüssigkeit sich entleert hatte; bei Druck waren statt des erwarteten Atherominhaltes zwei Geschwülstchen von lappigem drüsenartigem Bau herausgesprungen. Da die Untersuchung um einen minimalen bindegewebigen Grundstock gelagerte Epithelzapfen, die ganz den intrapapillären Epithelzapfen der Haut glichen, ergab, so nimmt Verf. an, es handle sich um eine in embryonalem Zustande stattgehabte Epidermisabschnürung. (Die Herausdrückbarkeit der drüsenartig gelappten Geschwülstchen, der Bestand aus Epithelzapfen um feine Bindegewebszüge, die Beschreibung der centralen Zellen als stellenweise geschwollen und kernlos erinnert bis auf das Fehlen der Molluscumkörperchen an frühe Stadien des Molluscum contagiosum.)

Caspary.

Bulkley. Analyse von 8000 Fällen von Hauterkrankungen. (Archives of Dermatology. October 1882.)

Bulkley gibt seine Zusammenstellung als Beitrag zur medicinischen Geschichte seines Landes und seiner Nation und als ein Mittel der Vergleichung ihrer Hautkrankheiten mit denen anderer Völker. Während er in Tafel I die 94 der Arbeit zu Grunde liegenden Formen der Erkrankungen nach privater und Hospitalpraxis und nach dem Geschlecht der Kranken ordnet, gibt Tafel II eine Uebersicht derselben Reihe nach ihrer relativen Häufigkeit und dem Percentsatz der einzelnen Formen, während Tafel III das Alter der Patienten betrachtet.

Dieser allgemeinen Uebersicht schliesst sich die Besprechung einzelner Formen an, die in einzelne Capitel abgetheilt, 36 der wichtigsten und am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten ohne Rücksicht auf Therapeutik umfasst. Die ganze Arbeit zeigt von der Sorgfalt, mit welcher trotz des grossen Materiales innerhalb 12 Jahre

die nöthigen Notizen gesammelt wurden und dient als Stütze zu Bulkley's Abschlussworten: „Sammlung der Fälle dient nicht nur als Grundlage erfolgreicher Behandlung, sondern ist allein im Stande, die Thatsachen zu liefern, welche zum wissenschaftlichen und befriedigenden Studium unumgänglich nothwendig sind".

Schumacher II. Aachen.

Unna. Der medicamentöse Aether- und Alkoholspray. (Berl. klin. Woch. Nr. 20 und 21, 1882).

U. hat eine sehr glückliche Erweiterung der Applicationsweise von Medicamenten ersonnen. Er kam auf die Idee, im Aether- oder Alkohol lösliche Medicamente vermittelst eines Sprayapparates einwirken zu lassen, durch Versuche, bei Anwendung von Jodoform jedesmal nur das nothwendige Minimum zu gebrauchen, da die Schmerzhaftigkeit, welche er durch die zu seinem Zwecke geeignetste, weil das Jodoform auf das feinste vertheilende, ätherische Lösung entstehen sah, durch beschleunigte Verdunstung des Aethers sich nahezu aufheben liess. Hiebei ersah er dann, dass die Sprayform für viele Medicamente, die in Aether oder Alkohol gelöst waren, durch Energie der Wirkungen, durch Erreichen schwer zugänglicher Stellen, durch Reinlichkeit, Ersparniss von Zeit und Schmerzen alle anderen Applicationsweisen überragte. Dass die sonst für Resorptionen so ungünstige Hornschicht der Haut der Sprayform zugänglich ist, erklärt sich durch die von den Physiologen festgestellte Thatsache, dass flüchtige Stoffe, besonders ätherische Lösungen, aber auch schon wässerige Lösungen, wenn sie fein zerstäubt mit grosser Kraft gegen die Hautoberfläche gerichtet sind, gut resorbirt werden. Sicher können die der Hornschicht beraubte Oberhaut, die freiliegende Cutis, die intacten oder erodirten Schleimhäute, Granulationen und zerfallendes Gewebe durch zerstäubte Medicamente sehr energisch und in grössere Tiefe beeinflusst werden, als durch wässerige Lösungen oder pulverförmige Substanzen. Je wasserreicher freilich ein Gewebe ist, desto mehr Widerstand wird es dem Eindringen des mit dem Wasser sich nicht mischenden Aethers entgegensetzen; wenn man aber nach künstlicher Trockentupfung durch Watte mit kräftiger und anhaltender Besprühung eine rasche Verdunstung des Aethers und damit zugleich Losreissung von Wassertheilchen erzielt hat, so bleibt die medicamentöse Wirkung nicht aus. Eventuell kann man einen einfachen Aetherspray zur Aus-

trocknung dem medicamentösen vorausschicken, oder man kann durch einen Zusatz von Alkohol zu der Sprayflüssigkeit den Widerstand der feuchten Gewebe zu überwinden suchen, dieses freilich auf Kosten der Leichtflüchtigkeit des lösenden Mediums und des tieferen Eindringens des Medicamentes. — U. empfiehlt demnach sein Verfahren 1. für sämmtliche normaler Weise versteckt liegende Haut- und Schleimhautflächen, den äusseren Gehörgang bis zum Trommelfell, die Nasengänge und Rachenhöhle, die Urethral- und Analschleimhaut, den weiblichen Genitaltractus, die gesammte äussere Decke, soweit sie Haarwuchs zeigt, für die behaarte Kopfhaut. 2. Für die versteckt liegenden Localitäten, die durch pathologische Processe erst erzeugt wurden: Rhagaden jeder Art, den entzündeten Nagelfalz bei eingewachsenem Nagel, indolente Geschwüre mit überhängenden Rändern, besonders der Schleim- und Talgfollikel; für Geschwüre des Frenulum und alte Fistelgänge. 3. Für constant von Flüssigkeiten umspülte Schleimhautflächen, für die Zunge, dann die Wangenschleimhaut, Tonsillen, hintere Rachenwand und Urethra. — Wenn vorzugsweise der Aetherspray empfohlen wird, so ist der Alkoholspray, der nicht so stark und tief, der nicht anästhesirend wirkt, einmal bei sehr feuchten Herden mit Aether gemischt zu gebrauchen, ferner bei Medicamenten, die nur in Alkohol löslich sind. Der von Unna hergestellte Apparat muss im Original nachgesehen werden. Die von ihm besonders in Sprayform erprobten und empfohlenen Arzneimittel sind für Aetherlösung: Chrysophansäure, Chloralhydrat, Jodoform, Jodquecksilber, Jodkalium, Sublimat, die wasserfreien Mineralsäuren und andere ätzende Mittel; für Aether-Alkohollösung: Eisenchlorid; für Alkohol allein: Ammoniaksublimat, Argentum nitricum. Die benützten Lösungen waren gewöhnlich fast vollständig gesättigte. Caspary.

Delhougne. Ueber Anwendung und Wirkung des Naphthalin beim Wundverbande und bei Hautkrankheiten. (Inaug.-Diss., Bonn, Juli 1883.)

Delhougne berichtet über die günstigen Erfolge, welche im evangelischen Spital in Bonn (unter der Leitung Doutrelepont's) mit Naphthalin als Antisepticum erzielt wurden. Ganz besonders gute Dienste soll dasselbe bei Beingeschwüren leisten wegen seiner Eigenschaft, üppige und gesunde Granulationen hervorzurufen.

Bei lange fortgesetzter Anwendung grösserer Mengen Naphthalin

zeigte der Harn bisweilen eine dunkle Färbung, doch wurden niemals Intoxicationserscheinungen beobachtet. Einen schädlichen Einfluss auf die Nieren konnte man nur einmal constatiren, bei einem Kinde trat Eiweiss im Harn auf. Wegen seiner geringen localen Reizung und des Mangels an allgemeinen Intoxicationserscheinungen empfiehlt es Verf. sehr als Antisepticum. Aber auch bei einer Reihe von Hautkrankheiten wurden günstige Resultate erzielt.

In 220 Fällen von Scabies wurde Naphthalin in Salbenform (Naphth.-Vaseline (aa) täglich 2mal eingerieben, wobei die Menge der bei einer Einreibung verwendeten Salbe bis zu 100 Grm. betrug. Recidive wurden selten beobachtet. Bei Herpes tonsurans und Favus wurde (in 29 Fällen) mit einer Lösung von Naphth. 5,0 auf Ol. oliv. 100,0 prompte Heilung erzielt. Neben der täglich wiederholten Epilation mussten die erkrankten Stellen täglich 1—2mal mit diesem Oel eingerieben werden. Ein gleiches Resultat ergab sich bei der Behandlung der Sykosis. In 18 Fällen von Pruritus wurde wenigstens eine zeitweilige vollkommene Euphorie durch die Naphthalinbehandlung herbeigeführt.

Bei den verschiedensten Formen des Ekzem ergab die Behandlung mit Naphthalinsalbe sowohl als mit Naphthalinöl günstige Resultate.

Shoemaker. Naphthol. (Boston med. and surg. Journal. November 1883.)

Von Shoemaker wurde das von einem Chemiker Dr. Wolff mittelst Durchleitung eines Dampfstromes durch eine wässerige Lösung des käuflichen Naphthols von den flüchtigen Nebenprodukten befreite, reine und ganz geruchlose Naphthol sowohl bei verschiedenen Hautkrankheiten, sowie als Desinfectionsmittel in mannigfachen Fällen mit sehr gutem Erfolge angewandt, ohne dass Intoxicationserscheinungen beobachtet wurden. Der Verf. schreibt dem Naphthol sogar eine stärker desinficirende Wirkung zu, als dem Carbol (? A.), vor welchem es seiner Geruchlosigkeit wegen entschieden den Vorzug verdiene. Bei Kaninchen waren wiederholte subcutane Injectionen wie fortgesetzt innerlich verabreichte Dosen (bis zu 0,25 alle 3 Stunden) ohne jeden Effect. Bei Menschen wurde bei allmählicher Steigerung der Gaben von 0,02 zweistündlich am ersten Tage bis zu 0,63 zweimal täglich am 7. Tage zwar nicht Eiweiss noch Blut im Urin beobachtet, jedoch Ohrensausen und Schwindel.

Tuttle. Cosmetica. Ihre Bestandtheile und ihre allgemeinen Wirkungen mit einigen speciellen Fällen, die nicht Saturnismus sind. (The medical Record New York. 8. März 1884.)

Ein verdienstliches Werk hat T. durch vorliegende Arbeit unternommen, indem er durch eingehende Untersuchungen zahlreicher Cosmetica, die bisher von Autoritäten als unschädlich erklärt, unbeachtet geblieben waren, zu zeigen versucht hat, dass die Anwendung derselben in Folge ihrer Bestandtheile geradezu gefährlich ist. Besonders wendet sich Verf. gegen die Angaben Chandler's in seinem „Report to the Metropolitan Board of Health", welcher ein officielles Gepräge hat. T. kommt zu folgenden offenbar viel zu weit gehenden Schlüssen:

1. Alle Präparate, welche die Poren verstopfen (?) oder die Haut reizen können, sind der Gesundheit und der Schönheit des Organs nachtheilig.

2. Blei, Quecksilber, Zink und Wismuth können durch Application auf die Haut in den Organismus aufgenommen werden und dann allgemeine constitutionelle Störungen hervorrufen.

3. Dyspepsie, Ekel, Verstopfung oder Diarrhöe, Koliken, Abzehrung, Tremores, Paralyse und Schwachsinn können durch Anwendung dieser Präparate hervorgerufen werden.

4. Alle Cosmetica, welche zu der einen oder der anderen dieser Classen gehören, rufen locale oder allgemeine Störungen hervor, sind daher unpassend und gefährlich.

5. Es sollte ein Gesetz geschaffen werden, wonach alle Fabrikanten verpflichtet würden, alle die Stoffe genau anzugeben, die in ihren Präparaten enthalten sind und gleichzeitig sollte der Handel mit den gefährlichen Präparaten verboten werden. Schiff.

Einfache Entzündungsprocesse der Haut.

Reichel. Erythema universale durch Sublimatgazeverband. (Berl. klin. Woch. Nr. 2, 1884.)

Reichel beschreibt ein Erythema universale, das sich nach neuntägigem Tragen eines Sublimatgazeverbandes (nach Ogston'scher Operation bei sonst gesundem Manne) entwickelt hatte. Unter dem Verbande selbst fand sich ein intensives papulo-vesiculöses Eczem, dessen Entwicklung offenbar schon 4 Tage vor dem Abnehmen des Verbandes angefangen hatte; von der Verbandgrenze, der Leistenbeuge,

begann das nahezu über den ganzen Körper ausgebreitete Erythem, das übrigens das Allgemeinbefinden des Pat. kaum gestört hatte und das in wenigen Tagen spontan ablief. Verf. theilt mit, dass in der Breslauer chirurgischen Klinik, deren Assistent er ist, seit Benützung der Sublimatgaze häufigere und intensivere Eczeme beobachtet sind, als bei Anwendung der Carbolgaze; dass in solchen Fällen meist auch statt prima intento eine geringe seröse Exsudation an der Wunde zu Stande kam; dass in den eczematösen Fällen eine ausserordentliche Reizlosigkeit der Wunde bestand.

Duhring. Zwei Fälle von „Paget's Erkrankung der Brustwarze". (American Journ. of the Med. Sciences. Juli 1883.)

Trotz des eifrigen Bemühens ein eigenthümliches Krankheitsbild zu schildern, kann man doch nicht anders als die zwei mitgetheilten Fälle für chronische Infiltrate mit eczematösem Charakter auffassen. Es ist gewiss richtig auf eine Differentialdiagnose mit Epitheliom hinzuweisen, umsomehr als solche chronische Infiltrate leicht zu diesem malignen Neugebilde führen können, in derselben Weise wie aus gewöhnlichen Muttermundgeschwüren durch Vernachlässigung oder durch „Behandlung" cancroide Erkrankungen dieser Partie auftreten können.

Schiff.

v. Hebra. Ueber Sycosis-Behandlung. (Wiener med. Blätter Nr. 17, 1884.)

Nach den Angaben v. Hebra's ist die Behandlung der Sycosis folgendermassen einzuleiten: Kommt der Patient, wie dies ja gewöhnlich der Fall ist, noch mit bestehendem Barte, in dem sich zahlreiche Krusten und Borken befinden, in Behandlung, so pflegt v. H. die Haare der erkrankten Hautstelle mit der Scheere möglichst kurz abzuschneiden und bedeckt dieselbe mit einer erweichenden Salbe. Zu diesem Zwecke wird gewöhnlich entweder blos Unguentum emolliens oder eine andere, mehr minder indifferente Salbe verwendet, man vermeide jedoch das bleihältige Unguentum Diachylon, um nicht später bei dem Schwefelgehalte des Unguentum Wilkinsonii die Schwefelbleireaction zu bekommen. Sind nach 24stündiger Maceration die Borken zu einem weichen Brei verwandelt, so werden sie mit Seife abgewaschen und der Patient möglichst sorgfältig rasirt. Durch das Rasiren werden die Kuppen der meisten Pusteln abgetragen und so

ihrem Inhalte der Austritt an die Oberfläche ermöglicht. Unbekümmert um diese wunden Stellen bedecke man die ganze sycotische Partie mit der Wilkinson'schen Salbe, indem sie mittelst eines weichen Charpiepinsels in alle Vertiefungen eingedrückt und sodann noch eine ziemlich dicke Lage davon aufgetragen wird. Die Salbe wird mit einem Stücke Flanell bedeckt und dieser mittelst einer Calicotbinde entsprechend befestigt. Dieser Verband wird alle 24 Stunden einmal gewechselt; bevor jedoch neuerdings die Salbe aufgelegt wird, ist es nöthig, die kranken Stellen vollkommen zu reinigen. Vermittelst in Wasser getauchter Verbandwatte wird die eingetrocknete Salbe erweicht und entfernt; allenfalls vorhandene Börkchen werden mittelst einer Pincette abgehoben und nun wird sorgfältig epilirt. Alle Pusteln müssen ihres flüssigen Inhaltes und des gewöhnlich in der Mitte steckenden Haares beraubt werden. Dabei ist es vollkommen überflüssig, das Rasiren täglich vorzunehmen; dieses ist nur dann nöthig, wenn die Haare bereits so lang geworden sind, dass die Salbe und der Verband an der Haut nicht mehr genau anliegen; gemeinhin genügt es vollkommen, wenn zweimal in der Woche rasirt wird.

In dieser Weise pflegt v. H. unverändert die Behandlung fortzusetzen, so lange noch irgend eine Pustel auftritt. Bei leichten Fällen und bei solchen, bei denen die Krankheit noch nicht sehr lange Zeit bestanden hat, genügen manchesmal einige wenige Tage dieser Therapie, um vollkommene und dauernde Heilung zu erzielen. Bei intensiver und alter Sycosis reicht aber gewöhnlich auch eine Woche bis längstens 10 oder 12 Tage hin; nach dieser Zeit pflegen keine Pusteln mehr aufzutreten und es ist dann nur mehr nöthig, durch die geeigneten Mittel die Haut von den anhaftenden Schuppen zu befreien und die noch zurückbleibende Röthe zum Schwinden zu bringen. Zu diesem Zwecke eignet sich am allerbesten eine stark mit Zinkoxyd versetzte Salbe. v. H. verordnet gewöhnlich 10 Gramm Zink auf 30 Gramm Unguentum emolliens oder Vaselin. Diese Salbe wird auf Leinwand gestrichen, aufgelegt, gleichfalls mit Flanell bedeckt und durch eine Calicotbinde angedrückt. Von der Zeit an, als die Zinksalbe aufgelegt wird, muss die kranke Stelle wieder täglich rasirt werden. In dieser Weise behandelt, glättet sich die Haut ausserordentlich rasch und gewinnt ein vollkommen normales Aussehen. Die allenfalls noch vorhandene geringe Röthung schwindet ohne irgend welche Application im Verlaufe der nächsten Zeit von selbst.

Seit einer Reihe von Jahren pflegt v. H. diese Therapie, welche derselbe anfänglich nur bei hartnäckigen und durch die älteren Methoden nicht heilbaren Sycosisfällen in Anwendung zog, ausschliesslich zu üben und der gewünschte Erfolg ist nie ausgeblieben. (Sollte der Vf. nicht zu sanguinisch urtheilen? A.)

Angioneurotische Dermatosen.

Glax. Ueber das Verhältniss der Flüssigkeitsaufnahme zu den ausgeschiedenen Harnmengen bei Scarlatina. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 33. Heft 2. 1883.)

Glax unterscheidet drei Formen der Harnausscheidung beim Scharlach, welchen er wesentlichen Einfluss auf den Verlauf zuschreibt. 1. Die Harnmenge ist nur so lange herabgesetzt, als das Fieber andauert, steigt dann allmählich bis zur Norm an oder überschreitet dieselbe sogar für einige Tage. In diesen Fällen ist der Verlauf stets günstig, die Abschuppung tritt prompt ein, der Harn enthält kein Eiweiss. 2. Die Diurese steigt sofort nach Aufhören des Fiebers oft zu einer sehr bedeutenden Höhe an, sinkt aber wieder in den nächsten Tagen tief herab und zeigt überhaupt während des ganzen Verlaufes bedeutende Schwankungen. Diese Fälle sind durch schleppenden Verlauf, undeutliche Abschuppung, Schwäche der Herzaction gekennzeichnet. Anämie ist eine gewöhnliche Folge, Hautödem nicht selten, doch bleibt der Harn frei von Eiweiss. Häufig treten kleine Temperatursteigerungen auf, welche sich in der Regel durch eine vorausgehende, mehrere Tage andauernde Herabsetzung der Diurese ankündigen. 3. Die Harnausscheidung, welche während des Fiebers sehr herabgesetzt war, steigt mit eintretender Defervescenz rasch zur Norm oder darüber an, sinkt aber dann plötzlich tief herunter und bleibt niedrig bis zum Tode des Kranken, oder aber es tritt nach einigen Tagen Polyurie ein, welche allmählich zur normalen Diurese abfällt. Dies sind die Fälle, in denen sich nach einem anfangs normalen Verlaufe später Nephritis und Hydrops entwickeln.

Die prognostische Bedeutung des Verhältnisses zwischen Flüssigkeitsaufnahme und Harnausscheidung zeigt sich besonders in den zuletzt erwähnten Fällen. Ein Sinken desselben unter das normale Mass (3 : 2) soll nämlich nicht selten das Herannahen bedrohlicher, besonders

urämischer Erscheinungen anzeigen, wenn der Harn noch keine Spur von Eiweiss enthält. Der Verf. räth dann eine energische Verminderung der Flüssigkeitszufuhr, welche vermuthlich durch Entlastung des übermässig angestrengten Herzens, die Harnausscheidung rasch vermehrt.

Dornig. Ein Fall von Scarlatina-Variola. (Berlin. klin. Woch. Nr. 43, 1883.)

Bei einem 6jährigen Mädchen wurde am 9. Tage nach Ausbruch eines Scharlachexanthems bei bereits vorhandener Desquamation der Beginn von Variolaknötchen beobachtet. Der Fall verlief günstig. Die Infection mit Variola muss spätestens bei floridem Scharlachausschlag erfolgt sein, ist wahrscheinlich früher erfolgt; für beide Modalitäten war die Nähe von Blatternkranken erweislich. Caspary.

Pohl-Pincus. Ueber die Immunität nach Variola und Scarlatina. (Sitzg. der Berliner medicin. Gesellschaft am 6. Februar 1884. — Deutsche med. Woch. 7. 1884.)

Der Ausgangspunkt der Mittheilungen von Pohl-Pincus ist die Frage über die Entstehungsweise der Immunität. Die Versuche hatten bisher gezeigt: dass bei der ersten Impfung mit Vaccine sehr bald nach dem Import des Giftes eine Herabsetzung des Saftstromes und verhältnissmässig früh eine Verhornung des Impfherdes eintritt; — dass bei der zweiten Impfung hingegen eine sehr starke Steigerung des Saftstromes sich einstellt, während die frühzeitige Verhornung ausbleibt.

Die nun mitzutheilenden Versuche hatten zunächst den Zweck, festzustellen, ob bei der ersten Impfung die Herabsetzung des Saftstromes und die frühe Verhornung gleichberechtigte Coeffecte der gemeinsamen Ursache sind. Das Resultat lautet: nein; vielmehr ist der Verhornungs-Unterschied nur Folge des Unterschiedes der Durchsaftung des Gewebes.

Die nächste Frage: ist der Unterschied in der Stärke des Saftstromes die hauptsächlichste Ursache der Immunität, konnte nach Untersuchungen bei Variola und Scarlatina bejaht werden.

Es werden mithin durch das einmalige Ueberstehen mancher Infectionskrankheiten (in der Regel) alle Saftbahnzellen („Bindegewebs-

körper", „Endothelzellen") der für das Gift empfänglichen Organe so umgestimmt, dass, während das zum ersten Mal einpassirende Gift zum Verschluss (Contractur) der Saftbahnen führt, das zum zweiten Male (nach erlangter Immunität) einpassirende Gift zur Erweiterung der Saftbahnen führt. Diese Umstimmung ist das Wesen der Immunität.

Die Umstimmung der Saftwege erfolgt durch einen Stoff; die Frage, ob dieser Stoff ein Abspaltungsprodukt des ergriffenen Körpers sei, oder ein Adnexum des importirten Giftes — wurde zu Gunsten der zweiten Alternative entschieden. Die Giftpilze selbst tragen an ihrer Oberfläche den bestimmten Stoff (das Variolin, Scarlatinin, Morbillin etc.), welcher die Saftgewebe zur Contractur und später zur Dilatation bringt. Die Immunität beginnt bei der ersten Infection an jedem Locus affectionis schon sehr früh am Rande des Herdes; im Zusammenhange mit der hier local eintretenden Immunität entsteht die „trübe Schwellung", die „Coagulations-Nekrose", die „reactive Reizung" der drei Zonen eines jeden Infectionsherdes.

Aus dem Mitgetheilten ergiebt sich ein Weg zur Verhütung und Behandlung einiger Infectionskrankheiten in allen denjenigen Fällen, in welchen die segensreiche Entdeckung Pasteur's (Abschwächung der Pilze durch Züchtung bei einer gewissen Temperatur) nicht benutzt werden kann. Das Scarlatinin, Anthracin etc. werden den rein gezüchteten Pilzen entzogen und dem Organismus beigebracht: indem dieser Stoff im Blute kreist, ruft er ganz dieselbe Immunität hervor, welche wir bisher nur durch das Ueberstehen einer vollen Infection haben eintreten sehen.

Derselbe Weg gilt für manche andere Infectionskrankheiten, deren Ueberstehen keine Immunität zurücklässt; Import des Cholerin, des Dysenterin etc. wird gegen die Cholera und die Ruhr in derselben Weise schützen, so dass nur Cholera-Diarrhöe u. s. w. entsteht.

Als Paradigma der chronischen Infectionskrankheiten nennt Verf. die Tuberculose: Verf. findet im Tuberkelknötchen alle Zonen des Variolaherdes wieder, und hält den Bacillus tuberculosus für ein Contagium inficiens — nur ist demselben die Wirkung eigen, dass er (im Verhältniss zu Scarlatina etc.) eine sehr lange andauernde Contractur der Saftgefässe hervorruft (noch anders verhält sich der Pilz, welcher die gewöhnliche Art des Erysipels hervorruft; es besteht

die Vermuthung, dass das Erysipel ätiologisch nicht eine einheitliche Krankheit ist).

Wir werden deshalb das Tuberculin darzustellen suchen; das Inhaliren des Tuberculin, sein Import auf subcutanem und anderem Wege wird durch „Gewöhnung" an dies Gift den Organismus ebenso unempfänglich für den Bacillus tuberculosus machen, wie es heute die meisten Menschen an und für sich bereits sind; wir werden die hereditär Disponirten vor der wirklichen Erkrankung auf diese Weise schützen; wir werden die meisten bereits Erkrankten vor dem Fortschritte ihres Leidens bewahren. Wir werden dies zunächst bei den Thieren versuchen, jedoch die Reindarstellung des Tuberculin nicht abwarten; wir werden vielmehr die Extracte der Culturen und selbst die Extracte der experimentell frisch erzeugten Miliartuberkeln verwenden; denn in dem Gemisch der verschiedenen extrahirbaren Stoffe hat das Tuberculin bezüglich der von uns erstrebten Wirkung ein so entscheidendes Uebergewicht über alle übrigen verunreinigenden Stoffe, dass der Mit-Import dieser letzteren bedeutungslos wird.

Das Gleiche gilt für die Versuche mit Anthracin, Scarlatinin etc.

Pasteur und **Thuillier**. Die Schutz-Impfung mit dem abgeschwächten Virus bei Rothlauf der Schweine. (Bull. de l'acad. de méd. 1883. No. 48. Sitzung vom 27. Novemb.; desgl. Compt. rend. de l'acad. des scienc. 1883. No. 22. — Ctlb. f. kl. Med. Nr. 4. 1884.)

Pasteur berichtet über die Ergebnisse von Versuchen Thuillier's, welche sich an die Milzbrand-Arbeiten Pasteur's anschliessen.

Nachdem es Th. bereits im Monat März des Jahres 1882 — zu gleicher Zeit mit Detmers in Chicago, aber unabhängig von diesem — gelungen war, den Mikroben des Rothlaufs der Schweine in Gestalt kleiner Diplokokken im Blute und den Ausscheidungen der erkrankten Schweine aufzufinden (vgl. die hierauf bezüglichen Mittheilungen in den Decemberheften des Jahr. 1882 der Compt. rendus) und auch die Reincultur des Parasiten geglückt war, wurden auf P.'s Veranlassung sofort Abschwächungs- und Impfversuche instituirt. Zu dem Zweck begaben beide Forscher, P. und Th., sich im November des Jahres 1882, einer Aufforderung des Veterinärarztes Maucuer folgend, nach dem Kanton Bollène des Departements Vaucluse, woselbst der Rothlauf in jedem Jahre herrscht. Es wurde zunächst

constatirt, dass auch hier die Krankheit denselben Charakter darbot, wie an den ersten Studienorten Th.'s, im Departement Vienne, und namentlich wurde in gleicher Weise wie im folgenden Jahre 1883 bei den Epizootien in den Côtes-du-Nord, in der Charente, in der Dordogne und Gironde, stets der gleiche Mikroorganismus als das ursächliche Moment erkannt. Die Vaccination bietet gewisse Schwierigkeiten, welche auf der Verschiedenheit der Rassen und der durch sie bedingten differenten Receptivität seitens der Schweine für das Gift beruht. Nichtsdestoweniger ist es P. namentlich durch das bereitwillige Entgegenkommen einer ganzen Anzahl von Veterinärärzten aus den verschiedenen Departements gelungen, bereits positive Resultate zu erhalten, d. h. mit abgeschwächten Culturen erfolgreich zu impfen und wirksame Vaccins darzustellen. In Vaucluse (Departement Bollène) und den umgebenden Dörfern, wo die Vaccinationen im November 1882 ausgeführt und die geimpften Thiere unter Aufsicht des Herrn Maucuer bis zum Sommer 1882, d. h. dem neuen Ausbruch der Epidemie gehalten wurden, war das Ergebniss ein so glänzendes, dass, trotzdem die Epidemie in diesem Jahre eine aussergewöhnlich heftige war und zahlreiche Opfer forderte, kein einziges der geimpften Schweine fiel. Hieraus ist also zu folgern, dass die durch die Impfung erworbene Immunität ein Jahr anzudauern vermag, was für die Züchter in so fern von Bedeutung ist, als die Mästung der Thiere nie länger als ein Jahr währt. Trotzdem ermöglichen diese Versuche noch keine Generalisirung der Vaccination, da die Herstellung passender Vaccins für die verschiedenen Rassen weitere ausgedehnte Versuche erheischt.

Von besonderem und — man kann wohl sagen — wesentlichstem Interesse in der vorliegenden Mittheilung aber ist die Art, wie die Abschwächung der Rothlaufkokken erzielt und damit die Herstellung der wirksamen Vaccins bewirkt wurde. Um diese Procedur vollkommen zu verstehen, muss man mit den Anschauungen P.'s über die Biologie der pathogenen Mikroorganismen, welche von ihm in dieser Veröffentlichung nochmals in Kürze reproducirt werden, vertraut sein. Folgendermassen lauten dieselben:

Die Krankheitsgifte (Virus) stellen keine Wesenheiten (entités morbides) dar, sie können verschiedene Formen und speciell physiologische Eigenschaften, je nach den Medien, in denen sie leben und sich vermehren, annehmen. Deshalb ist die Virulenz, trotzdem sie durch lebende mikroskopische Organismen bedingt ist, modificirbar;

man kann sie abschwächen, steigern und jeder dieser Zustände kann in Form der Cultur fixirt werden. Wenn ein Mikrobe in ein und derselben Thierspecies längere Zeit vegetirt hat, d. h. wenn er verschiedentliche Male von einem Individuum derselben auf ein anderes übergegangen ist, ohne hierbei einem bemerkenswerthen äusseren Einfluss unterworfen gewesen zu sein, so ist die Virulenz dieses Parasiten gewissermassen in einen fixen Zustand übergegangen und hat für die Individuen der betreffenden Rasse ihr Maximum erreicht. Aber bevor sie dieses Maximum erreicht, ist sie noch modificirbar. Um beispielsweise das Virusvaccin der Hühnercholera oder des Milzbrandes progressiv zu steigern und schliesslich auf ein Maximum der Giftigkeit zu bringen, genügte es dasselbe zunächt jungen und allmählich immer älteren Thieren einzuimpfen.

Die Veränderlichkeit der hier in Rede stehenden niedersten Organismen befindet sich durchaus nicht im Widerspruch mit den Lebenseigenschaften der höheren Wesen, sowohl der Pflanzen wie der Thiere. Der einzige Unterschied besteht darin, dass während die letzteren oft eine erhebliche Zeit gebrauchen, bis sich die von den umgebenden Medien verursachten Aenderungen ihrer Eigenschaften manifestiren, der analoge Effect sich bei ersteren verhältnissmässig schnell vollzieht. Das kann nicht Wunder nehmen, da die Anzahl der Generationen, welche jede Einzelcultur eines Mikroorganismus allein innerhalb 24 Stunden durchmacht, eine enorme ist.

Wenn es sich nun bereits gezeigt hat, dass die abgeschwächten Krankheitsgifte beim Passiren einer Reihe von Individuen ein und derselben Rasse eine Steigerung ihrer Virulenz zu erfahren vermögen, wie dies soeben von dem Virusvaccin der Hühnercholera und des Milzbrandes angeführt wurde, so erhebt sich die Frage, ob nicht auch Modificationen ähnlicher Art beim Uebergange eines Virus von einer Rasse auf eine andere stattfinden können. Das Experiment spricht zu Gunsten einer solchen Möglichkeit. Bekannt ist, dass nach P.'s früheren Untersuchungen ausgewachsene Meerschweinchen gegen Impfungen mit dem Mikroben der Speichelseptikämie, welcher Kaninchen in kürzester Frist tödtet, sich refractär verhalten. Dagegen wirkt, wie P. jetzt mittheilt, dieser Mikroorganismus auf junge, i. e. mehrere Stunden oder nur einige Tage alte Meerschweinchen ebenfalls giftig und vermag, von diesen aus weiter übertragen, schliesslich auch ältere Thiere derselben Rasse zu tödten. Was aber ganz besonders

merkwürdig ist, das ist der Umstand, dass nachdem diese successive Zunahme der Giftigkeit im Meerschweinchenorganismus sich vollzogen hat, derselbe Mikrobe nunmehr auf Kaninchen weniger virulent wirkt. Impfungen mit dem dem Meerschweinchen entnommenen Virus erzeugen bei Kaninchen jetzt eine spontan heilbare Krankheit und machen sie für die Folge selbst immun gegen die sonst tödtliche Wirkung der Inoculationen mit dem ursprünglichen, d. h. dem nicht durch den Meerschweinchenorganismus hindurchgeführten Mikroben. In diesem Resultat liegt zugleich die Andeutung, dass es für gewisse Krankheitsgifte noch eine andere Art der Abschwächungsmethode giebt, als die bisher durch Erwärmen der Culturen etc. geübte.

Bald nach seiner Ankunft in Vaucluse, im November 1882, wurde P. auf den Umstand aufmerksam, dass die Kaninchen- und Taubenzucht in diesem Departement sehr darniederlag, weil der Bestand an diesen Thieren oft durch heftige Epizootien decimirt wird. Obwohl Niemand die letztere Thatsache mit dem Rothlauf der Schweine bisher in Verbindung gebracht hatte, wurden doch Experimente nach dieser Richtung hin angestellt, welche ergaben, das Kaninchen sowohl wie Tauben am Rothlauf zu sterben vermögen. Es wurde versucht, diese Beobachtung zur Herstellung von Vaccine im Sinne Pasteur's nutzbar zu machen.

Impft man einer Taube in den Brustmuskel etwas von dem Gift des Schweinerothlaufs ein, so stirbt das Thier nach einigen Tagen unter den äusseren Erscheinungen der Hühnercholera. (Hier sei in Parenthesi bemerkt, dass der Mikrobe des Rothlaufs dem der Hühnercholera überhaupt ausserordentlich ähnlich ist.) Nach wiederholten Impfungen von Thier auf Thier acclimatisirt sich der Rothlaufcoccus so an den Taubenorganismus, dass er das Maximum der Virulenz in demselben erreicht, was sich auch dadurch documentirt, dass die Tauben schneller nach den Impfungen sterben. Zugleich hat ihr Blut den Schweinen gegenüber einen so hohen Grad von Virulenz angenommen, wie ihn selbst die infectiösesten Produkte eines an Rothlauf spontan gestorbenen Schweines nicht besitzen. Durchaus anders dagegen wirkt die Hindurchführung des Rothlaufmikroben durch den Kaninchenkörper. Auch diese Thiere werden nach den Impfungen meist krank und verenden sehr oft in Folge derselben. Hat man eine Zeit lang von Kaninchen auf Kaninchen übertragen, so

tritt auch hier Acclimatisation des Virus ein und es sterben jetzt sämmtliche Thiere in kürzerer Zeit. Dagegen tödtet das Blut der zuletzt geimpften Kaninchen bei seiner Uebertragung Schweine nicht mehr, sondern verursacht nur eine Erkrankung, nach deren Heilung sie gegen das sonst tödtliche Rothlaufvirus immun sind.

Auf diesen Thatsachen fusst die neue von P. eingeschlagene Methode der Abschwächung von Krankheitsgiften.

Wolffberg. Ueber eine Theorie der Schutzimpfung. (Sitzungsbericht der niederrh. Gesellsch. für Natur- u. Heilkunde. Sitzung vom 12. November 1883.)

Wolffberg erörtert die Frage, inwieweit unsere bisherigen klinischen, experimentellen und histiologischen Erfahrungen ausreichen, um eine Theorie der Schutzimpfung zu begründen. Das Contagium der Kuhpockenlymphe ist noch nicht sicher bekannt; aber es lässt sich kaum irgend ein Zweifel dagegen erheben, dass es ein specifischer Pilz sei. Der Verlauf der Vaccinationskrankheit ist klinisch das typische Bild einer acuten Infectionskrankheit, und die unbegrenzte Vervielfältigung des Ansteckungsstoffes beweist deutlich die lebendige Natur desselben. Der klinische Verlauf der Impfkrankheit ist identisch mit dem Verlauf der Krankheit, welche nach Impfung der echten Menschenblattern entsteht, — mit dem Unterschiede, dass in der letzteren etwa 10 Tage nach der Impfung in der Regel ein allgemeines Pustel-Exanthem erfolgt, zuweilen aber auch nicht, während nach der Vaccination ein (dann um dieselbe Zeit entstehendes) Allgemein-Exanthem eine seltene Ausnahme ist. An der principiellen Identität des Vaccina- und des Variola-Contagiums kann nicht gezweifelt werden; denn — abgesehen von dem identischen klinischen Verlauf der nach Impfung der beiden Contagien entstehenden Krankheiten — gibt es keine einzige Erfahrung, welche dafür spräche, dass irgend eine specifische Infectionskrankheit nach ihrem Ablauf Schutz zurücklasse gegen eine andere specifische Infection; Variola aber schützt sowohl gegen Vaccina und Variola, wie Vaccina gegen Vaccina und Variola; so schützen nur Masern gegen Masern u. s. w., niemals aber etwa Erysipel gegen Scharlach u. dgl. Der Beweis der Identität ist dadurch geliefert, dass es gelungen ist, aus dem Variola-Contagium das der blanden Vaccina künstlich zu bereiten. Redner verweist insbesondere auf die älteren Ver-

suche von Thiele, welche durch neuere von L. Voigt Bestätigung gefunden haben.

Längst ist es anerkannt, dass der vorzüglichste Krankheitsherd bei den Pocken nicht minder als bei der Impfkrankheit die Zellen des Rete Malpighii der Epidermis sind. Im Rete Malpighii gedeiht der Pockenpilz am besten; nichts spricht dafür, dass irgend ein anderes Organ nach der Vaccination leide; auch in leichten Pockenfällen sind die Erscheinungen lediglich solche, welche von der Haut ausgehen, auch das Fieber muss durch in der Haut ablaufende Veränderungen erklärt werden; in schweren Pockenfällen — in solchen, die zur Section kommen, findet man allerdings auch in anderen Organen, z. B. in der Leber, Veränderungen, und zwar nicht blos durch das Fieber bedingte, sondern nach Weigert u. A. Bakterienhaufen und Zellenstörungen, welche denen in den Pockenpusteln ganz analog sind. Hieraus folgt, dass der Pockenpilz nur unter Umständen — sei es bei besonders intensiver Kraft oder besonders hoher Disposition des Befallenen — auch andere Organe bedroht. Das Rete Malpighii aber muss als das Gewebe angesehen werden, an dessen Elemente vorzugsweise die Disposition zu den Pocken gebunden ist.

Das Rete Malpighii ist nach Inhalation des Variola-Contagiums sowie nach der Impfung das Invasionsorgan, der primäre Infectionsherd, wie die Rachenschleimhaut in der Diphtherie, die Peyer-schen Plaques im Abdominaltyphus u. s. f. Hier ist die erste Vermehrungsstätte des specifischen Pilzes, und von hier geht die Durchseuchung aus.

Die Veränderungen nun, welche durch den Vorgang der Durchseuchung im Organismus derart ablaufen, dass Immunität die Folge ist, sind nicht etwa durch das Fieber bedingt, was jedenfalls eine etwas dunkle Vorstellung ist; sondern das Fieber ist lediglich eine Consequenz dieser Veränderungen und kann sogar gelegentlich fehlen. Die die Immunität schaffenden Vorgänge werden vielmehr dadurch hervorgerufen, dass das specifische Contagium vom Impfherde aus durch den Lymph- und Blutstrom verbreitet wird und überall zwar hingelangt, aber nirgend so günstige Bedingungen für seine Vermehrung findet als im Rete Malpighii der gesammten übrigen Oberhaut (resp. gewisser Schleimhäute).

Als Folge der Impfung muss es angesehen werden, dass einerseits schon wenige Tage nach dem Impfacte sowie andererseits bei

Individuen, deren Immunität theilweise wieder erloschen ist, die Revaccination anderen Verlauf nimmt als die Erstimpfung. Man weiss, dass die bei geminderter, aber nicht vollkommen getilgter Disposition ausgeführte Wiederimpfung einen meist stürmisch ablaufenden Effect gibt und Knötchen sich bilden. Diese modificirten Revaccinationen unterscheiden sich von der Impfpustel durch ihre schnellere Entwicklung sowie dadurch, dass hier die Reizerscheinungen an den Zellen, Vergrösserung und event. Vermehrung derselben, relativ überwiegen gegenüber den nekrotisirenden Vorgängen. Impft man am 10. Tage nach einer gründlichen Impfung noch einmal, so erfolgt in der Regel keine Reaction.

Die Verschiedenheiten der Revaccinationseffecte sind nur zu verstehen als das Resultat der vaccinatorischen Einflüsse auf das gesammte Rete. Dass diese letzteren statthaben, lässt sich noch folgendermassen nachweisen. Erstlich: nach Impfung der Variola treten am 10. Tage, nachdem die localen Effecte ebenso wie nach der Vaccination abgelaufen, an der ganzen Oberhaut verstreute Pusteln zu Tage: zum Beweise, dass Veränderungen in der Epidermis vorhergegangen, welche die Bildung von Pusteln ermöglichten. Dass solche Veränderungen auch nach der Vaccination statthaben, ist a priori wahrscheinlich; bewiesen wird dies dadurch, dass in seltenen Fällen ebenfalls ein allgemeines Pustelexanthem erfolgt.

Zweitens aber lässt sich durch den Versuch direct zeigen, dass nach der Vaccination im ganzen Rete Veränderungen stattfinden.

Was die Impfstellen vor der übrigen Epidermis auszeichnet, ist die grössere Menge des specifischen Contagiums, dann aber insbesondere die Impfverletzung. Auf Grund dieser Vorstellung verletzte Verf. (wie schon früher Eichhorn) einige (4) Tage nach dem Impfacte an einer von dem Impfherd entfernteren Stelle der Epidermis die letztere ganz in derselben Weise wie beim Impfacte selbst, doch ohne jede Lymphe, — und fand die Messerspitze mit Lymphe bedeckt, und an der verletzten Stelle bildete sich rasch eine vollkommen normale Pustel von charakteristischer Form.

Hierdurch ist die Aufgabe, das Zustandekommen des Impf- und Pockenschutzes zu erklären, wesentlich erleichtert. Die histologische Untersuchung der Pockenpustel (es kommen vorzüglich die Untersuchungen von Auspitz und Basch, Weigert, Pohl-Pincus in

Betracht) lehrt, dass im disponirten Individuum viele Zellen durch das specifische Contagium zu Grunde gehen (diphtheroide Entartung, Weigert). Man muss annehmen, dass die Disposition gerade darin besteht, dass viele Zellen des Rete durch die Pockenpilze getödtet, aufgelöst werden; auf Kosten des Zellenleibes vermehren sich die Pilze. Aber selbst in den schwersten Fällen (den tödtlich abgelaufenen, welche Weigert untersuchte) fanden sich im Pustelgrunde normal-gebliebene Zellen; es war oft der Hauptherd der specifischen Veränderungen durch normale Zellen von kleineren Nebenherden getrennt. Ausser diesen Zellen, welche von dem specifischen Contagium gar nicht berührt werden, finden sich zahlreichere, welche im Zustande der Schwellung und Vermehrung begriffen sind. Solche scheinen auch das Material zu liefern, welches das Netzwerk der Pustel aufbaut— indem sie durch die eingetretene Lymphe theils comprimirt, theils durch die letztere, resp. das specifische Contagium noch nachträglich aufgelöst werden. Weigert leitet die Reizung von den todten Massen, beziehungsweise von den Substanzverlusten ab. Verf. schliesst sich dieser Auffassung im Allgemeinen an.

Er betrachtet den Reizungszustand der Zellen nicht als Folge des directen Einflusses eines einzelnen Pilzelementes; glaubt vielmehr im Anschlusse an Weigert, dass die erste Frage, welche nach Uebergang des Pockenpilzes in die Hautzelle von Wichtigkeit wird, die ist, ob innerhalb des Zellenleibes Moleculargruppen vorhanden sind, welche durch den Pilz — durch Einflüsse noch unbekannter Art — getödtet werden. Ist dies nicht der Fall, so geht der Pilz zu Grunde; bejahendenfalls vermag der Pilz die getödteten Zellentheile zu assimiliren und sich zu vermehren. Die Folge eines so einschneidenden Vorganges innerhalb der Zelle selbst ist eine Reizung, welche den noch intacten Theil der Rete-Zelle in Schwellung versetzt und die Vermehrung der Zelle veranlasst. Eine so irritirte Zelle kann immer noch zu Grunde gehen; das hängt von ihrer ursprünglichen Widerstandskraft und der Energie des im Fortschreiten vermuthlich zunächst noch an Kraft gewinnenden Pilzherdes ab. Aber sie kann auch erhalten bleiben.

Nur die Annahme derartiger von vornherein bestehender Unterschiede in der Resistenz der Zellen (und Zellenelemente) macht die Thatsachen verständlich; u. A. das disseminirte Auftreten der Bläschen in der Pockenkrankheit.

Sehr begreiflich ist es, dass die kräftigeren Pilze der Menschenpocken gründlicher aufräumen als die abgeschwächten Vaccinapilze. Immer aber bleiben die relativ kräftigeren Zellen, resp. Zellenelemente zurück, und indem sich durch Vermehrung der letzteren die Epidermis neu aufbaut, ist die Immunität als Regel hergestellt. Diese Theorie betrachtet das Zustandekommen des Schutzes als einen speciellen Fall des Darwin'schen Princips, wonach der Fortschritt in der Entwicklung der organischen Natur zu einem wesentlichen Theil durch die Auslese im Kampfe ums Leben, die Erhaltung des Starken, die Vernichtung des Schwachen, und durch die Fortpflanzung der Eigenschaften durch die Vererbung ermöglicht worden ist.

Quist (Helsingfors). Die künstliche Züchtung der Vaccineorganismen. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1883, Nr. 46. — Arch. f. klin. Med. Nr. 6, 1884.)

Quist fand bei der mikroskopischen Untersuchung der Vaccinelymphe nach Koch'scher Methode regelmässig Mikrokokken von bestimmter Grösse und daneben auch Bacillen, welche er für Entwicklungsformen der ersteren hält. Eine genauere Beschreibung der Organismen will er später geben. Diese nach Verfasser die specifische Wirksamkeit der Lymphe bedingenden Mikrophyten sind in ihrem Wachsthum und ihrer Weiterentwicklung in hohem Masse an die Gegenwart von Sauerstoff gebunden; sie sind echte Aërobien. In den Geweben der Haut finden sie stets den zu ihrer Vegetation nöthigen Sauerstoff in hinreichender Menge. In ganz gefüllten, an beiden Enden geschlossenen Capillarröhren hört alles Wachsthum auf und die Organismen gehen, der gewöhnlichen Meinung entgegen, viel schneller zu Grunde, als in weiten, nicht geschlossenen Röhrchen. In letzteren machen die Pilze, wie Verfasser gefunden hat, einen Entwicklungsprocess durch, welcher ihrer Wirksamkeit vorläufig keinen Eintrag thut.

Verf. hat nun eine Reihe von Culturversuchen angestellt, in welchen er zu positiven Resultaten gekommen zu sein glaubt. Als Nährflüssigkeiten benutzte er Mischungen von Rinderblutserum mit Glycerin und Aqua destillata (entweder zu gleichen Theilen, oder 2 Serum zu 3 Glycerin und Wasser), welche durch $^1/_{900}$ Theil Kali carb. schwach alkalisch gemacht wurden. Auch Mischungen von Hühnereiweiss (1) mit Glycerin (1) und Dec. rad. Althaeae (4) oder mit

Mucilago Gummi arabici (6), ebenfalls beide alkalisch gemacht, sind geeignet. Sterilisirt werden diese Nährmischungen durch 3 Tage hinter einander wiederholtes Erwärmen auf 60° C. von je 1½ Stunden Dauer. Controllproben von reinem Blutserum, eben so behandelt, blieben 3 Monate hindurch klar und unzersetzt. Der Zusatz von Glycerin ist zweckmässig, um Eintrocknen der Mischung, sowie die Ansiedelung von Schimmelpilzen zu verhindern; er beeinträchtigt übrigens, wie die Erfahrungen mit Glycerinlymphe beweisen, die Vegetationsfähigkeit der Vaccineorganismen nicht.

Als Apparate für die Culturen benutzte Verf. theils flache Uhrgläschen von 3—4 Ctm. Durchmesser, theils kurze Proberöhrchen von 1—1½ Ctm. Weite. Die ersteren werden vorzuziehen sein, wenn es gilt, in kurzer Zeit eine bedeutende Menge Nährflüssigkeit in wirksamen Vaccinestoff umzuwandeln, die letzteren, wenn eine nachhaltigere Cultur erzielt werden soll, welche jedoch nicht eine so grosse Menge Impfstoff auf einmal zu liefern hat. Die Uhrgläschen wurden offen unter eine Glasglocke gestellt, die Proberöhren dagegen mit einem durch Kochen in Paraffin sterilisirten, mit einer kleinen Seitenöffnung versehenen Pfropf verschlossen. Als Uebertragungsmaterial diente entweder Lymphe, die gleichzeitig auf ihre Wirksamkeit geprüft wurde, oder noch besser kleine Stückchen der aufgelockerten abgehobenen Epidermis der Pustel, welche zuvor mit reinem Wasser abgespült wurden. Die so beschickten Culturflüssigkeiten wurden dann bei einer Temperatur von 18—21° C. aufbewahrt. Die Flüssigkeiten bleiben 8—10 Tage lang makroskopisch klar; alsdann gewahrt man bei seitlich auffallendem Lichte die Oberfläche der Flüssigkeit in ihrer ganzen Ausdehnung mit feinen Schüppchen belegt, welche jedoch keine zusammenhängende Decke bilden; unter diesen schlägt sich dann etwas später ein grauer feinpulveriger Bodensatz nieder, während die Flüssigkeit selbst immer noch klar erscheint. Bei der mikroskopischen Untersuchung erweisen sich Schüppchen und Bodensatz aus dichten Schwärmen feinster Mikrokokken bestehend, diese letzteren finden sich auch in grosser Anzahl frei in der (klaren) Flüssigkeit.

Die Impfungen mit dieser Flüssigkeit, stets 1—1½ Ctm. entfernt von der Implantationsstelle entnommen, am 3. bis zum 17. Tage der Cultur auf den Arm von Kindern in der gewöhnlichen Weise ausgeführt, ergaben in allen 11 Versuchen stets ein posi-

tives Resultat, d. h. fast an sämmtlichen Impfstellen nach 5 Tagen gut entwickelte, typische Vaccinepusteln, welche letzteren wiederum wirksame, zur Impfung auf andere Kinder geeignete Lymphe lieferten. In 2 Versuchen blieb die Nährflüssigkeit selbst nach fortgesetzter Implantation von der ersten in eine zweite resp. dritte Nährlösung ungeschwächt wirksam. Eben so zeigte eine am 18. Sept. 1883 begonnene und 37 Tage hindurch unterhaltene Cultur im Proberohr, welche am 25. October auf Capillarröhrchen gezogen wurde, bei der Impfung am 13. November — also nach 56 Tagen — noch volle Wirksamkeit (Pusteln an allen 4 Impfschnitten). Zur Controlle wurden Epidermisstückchen in einfache Mischungen von Glycerin und Wasser implantirt und eben so behandelt, wie die Nährflüssigkeiten. Die alsdann nach 6 bezw. 13 Tagen ausgeführte Impfung von 2 Kindern ergab ein fast negatives Resultat, indem sich auf 4 Impfschnitten nur eine kleine, unvollkommene Pustel entwickelte.

Henoch. Nephritis nach Varicellen. (Berliner klinische Woch. Nr. 2. 1884.)

In 4 Fällen sah Henoch, 8—14 Tage nach reichlichem und von Fieber begleitetem Ausbruche von Varicellen, Oedem und nephritischen Urin auftreten.

In 3 Fällen nahm die Krankheit unter einer diaphoretischen Behandlung und gleichzeitiger Erregung der Diurese binnen wenigen Wochen einen glücklichen Verlauf. Ein Fall endete durch Oedema pulmonum letal, und die an der Leiche gefundene und durch Maasse genau bestimmte Hypertrophie des linken Ventrikels stimmte mit der von Friedländer, Henoch u. A. bei der scarlatinösen Nephritis beobachteten überein. Da bisher acute Nephritis als Nachkrankheit der Varicellen nicht verzeichnet ist, so räth Henoch in allen Fällen von Windpocken, etwa vom 8. Tage nach ihrem Ausbruche Untersuchungen des Urins vorzunehmen. Caspary.

Michelson. Ueber Dujardin-Beaumetz's „Femme autographique" und Urticaria factitia im Allgemeinen. (Berliner klin. Woch. Nr. 7 und 8, 1884.)

Ausgehend von Dujardin-Beaumetz's „Femme autographique", deren Sonderstellung er gleich dem Referenten (d. Vierteljahressch.

1882, S. 719) bestreitet, berichtet Michelson über 5 eigene Fälle von Urticaria factitia. In dreien waren spontane Urticariaausbrüche vorangegangen oder noch vorhanden, in einem von diesen war eine Gonorrhoe wenige Tage vor der ersten Eruption und vor dem fast gleichzeitigen Eintritt der Urticaria factitia entstanden, in einem zweiten die Nesselsucht nach einer Schusswunde am Halse, durch die wahrscheinlich Nerven verletzt waren, sehr verschlimmert. In einem vierten und fünften Falle war keine spontane Urticaria noch sonstige Disposition nachzuweisen. Mit allen neueren Autoren hält Verf. gegenüber Gell, der einen Dermatospasmus annimmt, die Urticaria für eine angioneurotische Dermatose im Sinne von Auspitz. Caspary.

Raggi und **Alpago-Novello.** Die Sehnenreflexe bei Pellagrosen. (Rivista clinica 1883, Heft 4 u. 5. — Ctbl. f. klin. Med. Nr. 5, 1884.)

Der von verschiedenen Autoren angenommene Zusammenhang zwischen Pellagra und Ergotismus veranlasste Raggi und Alpago-Novello, ihr Augenmerk auf das Verhalten der Sehnenreflexe bei Pellagra zu richten, nachdem Siemens (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. 1880) und Tuczek (ibid. 1882) auf das völlige Fehlen derselben bei Ergotismus (bei Intactheit der Hautreflexe) hingewiesen hatten. Unter 36 Fällen von Pellagra fehlten die Patellarreflexe gänzlich 5mal, zeigten sich abgeschwächt in 8 Fällen. Unter diesen 13 Fällen befanden sich 8 im ersten Stadium der Erkrankung (im Ganzen kamen 14 Pellagröse in diesem Stadium zur Beobachtung), ein Fall betraf einen Kranken im zweiten Stadium, die vier übrigen Individuen befanden sich im dritten Stadium. Die Reflexe der Achillessehne, des Biceps und Triceps wurden nur in wenigen Fällen untersucht, fehlten aber in diesen gänzlich, so wie das Kniephänomen auch nur abgeschwächt war. Die Fälle, in denen das Kniephänomen gänzlich fehlte, betrafen sämmtlich Individuen, die durch die Krankheit in einen hochgradigen Zustand von Cachexie versetzt waren.

Neuritische Dermatosen.

Bernhardt. Beitrag zur Lehre von der sogenannten partiellen Empfindungslähmung. (Berl. klin. Woch. Nr. 4, 1884)

Bernhardt beobachtete an einem 19jährigen sonst gesunden Manne eine vor 4 Jahren entstandene, seit 20 Monaten nicht wesent-

lich modificirte partielle Sensibilitätsstörung. Die Schmerzempfindlichkeit für die verschiedensten Eingriffe sowie das Temperaturunterscheidungsvermögen waren so gut wie vernichtet, während die übrigen Empfindungsqualitäten kaum beeinflusst waren. Die Affection schnitt an Kopf, Nacken, Hals, Brust und Rücken genau in der Mittellinie ab und war die der rechten Gesichtshälfte nur in sehr geringer Intentität ausgeprägt. Die rechtsseitig gelegenen Sinnesorgane und deren Schleimhäute waren von der pathologischen Veränderung frei; die übrigen Hautregionen rechts, sowie die der ganzen linken Körperhälfte normal. Zu bemerken ist noch, dass nach sehr geringen Traumen Bruch der rechten Ulna und Loslösung des rechten Radiusköpfchens von dem Ulnargelenk eintraten. — Verfasser ist geneigt anzunehmen, dass eine Syringomyelie des Cervicalmarkes zu Grunde liege.

Caspary.

Fabre. Ein Fall von recidivirender Zona. (Gaz. méd. No. 42, 1883.)

Bei einem Manne, der vor 16 Monaten einen Herpes Zoster lumbofemoralis durchgemacht hat, beobachtet P. Fabre einen Herpes Zoster der linken Brusthälfte, was nach ihm ein sehr seltenes Vorkommen ist, da er ein Recidiv von Herpes Zoster unter 64 Fällen nur zweimal (?A.) beobachtet hat. Der Fall ist dem Vf. ausserdem noch interessant, weil der Pat. 8 Monate vor der ersten Herpeseruption eine leichte Apoplexia sanguinea, 10 Monate vor der zweiten Herpeseruption eine rechtsseitige Pneumonie überstanden hatte, weil schliesslich nach der zweiten Eruption von Herpes Zoster eine grosse Zahl von Furunkeln mit ziemlich beträchtlicher Glykosurie auftrat. Allerdings war der Urin vorher nicht auf die Gegenwart von Zucker untersucht worden.

Lesser. Weitere Beiträge zur Aetiologie des Herpes Zoster. (Virch. Arch. 93. Bd. S. 506, Sept. 1883.)

Lesser beschreibt einen Sectionsfall von Herpes Zoster, in welchem sich für den pathologischen Vorgang die anatomischen Belege in Form entzündlicher und degenerativer Veränderungen des fünften Intercostalnerven vorfanden. Ebenso war das nervöse Gewebe des fünften Intercostalganglion fast ganz in Bindegewebe übergegangen. Der Fall schliesst sich somit denjenigen seiner Art an, bei denen eine Miterkrankung des betreffenden Ganglion beschrieben worden ist. Verf. glaubt sich der Weigert'schen Auffassung anschliessen

zu dürfen, die ein unter Einfluss der unbekannten nervösen Störungen bedingtes Absterben kleinster Hauttheile und eine sich hieran schliessende reactive Entzündung am wahrscheinlichsten findet.

Caspary.

Curschmann u. Eisenlohr. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes zoster. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XXXIV. Heft 4. p. 409, 1884.)

Curschmann und Eisenlohr berichten über zwei eingehend untersuchte Fälle von Herpes zoster aus peripheren Ursachen.

Der erste Fall betrifft einen 70jährigen Mann, bei dem sich Herpes zoster auf rechter Schulter und entsprechendem Arme einstellte, nachdem Neuralgie einige Zeit vorausgegangen war. Mehrere Wochen nach Abheilung des Herpes bildeten sich im Bereiche der betroffenen Hautnerven multiple Knötchen. Ein Theil wurde excidirt und erwies sich als Perineuritis nodosa: Blutungen, Emigration von weissen Blutkörperchen aus den Gefässen des Bindegewebes, Schwellung der bindegewebigen Zellen bei Intactheit der Nervenfasern. Späterhin liessen die neuralgischen Beschwerden nach und bildeten sich die Knoten zurück. Als der Pat. einer Lungenerkrankung erlag, fand man Spinalganglien und Rückenmark unversehrt. Auch in einem anderen nur während des Lebens beobachteten Falle kam es zuerst zu Neuralgie im Gebiete rechtsseitiger Gefässnerven, dann zu Herpeseruption und schliesslich zur Bildung von Nervenknötchen, die theilweise spontan schwanden. In einer dritten Beobachtung entwickelte sich Herpes zoster über der elften Rippe und im letzten Intercostalraum. Bei der Section fand man blutige Infiltration der betreffenden Muskelpartien und des perineuralen Bindegewebes, Intactheit der Nervenfasern, der Spinalganglien, der Rückenmarkshäute und Rückenmarkswurzeln. Die Verf. neigen der Ansicht zu, dass man bisher die Ganglien-Erkrankung zu allgemein als primäre Ursache des Zoster angesehen habe.

Stauungs- und hämorrhagische Dermatosen.

Schieck. Ein Fall von einseitiger Gesichtshypertrophie. (Berliner klin. Woch. Nr. 45, 1883.)

Schieck fand bei einem 9jährigen Mädchen eine einseitige, wohl trophoneurotisch bedingte Gesichtshypertrophie, die gegen das

Ende des 2. Lebensjahres zuerst eingetreten, seitdem progressiv geblieben war. Die Weichtheile der linken Wange und Oberlippe, in geringerem Grade auch des linken unteren Augenlides waren hypertrophisch, der linke Nasenflügel im Vergleich zum rechten etwas dicker; die Nase sattelförmig, in ihrem unteren Theile nach rechts hinuntergeschoben, Filtrum der Oberlippe nach rechts hinuntergedrängt. Die linke Oberlippe hing so herab, dass sie sich mit der Unterlippe kreuzte und ihre linke Hälfte bedeckte; die Haare an ihr stärker entwickelt als rechts. Die hypertrophischen Theile fühlten sich alle weich an, kein Oedem vorhanden. Sensibilität, Motilität, Schweiss- und Talgdrüsensecretion normal. Das Os zygomaticum, der Körper des Oberkiefers, vor allem dessen Proc. alveolaris, alle links stärker entwickelt; von Zähnen auf dieser Seite nur die beiden Schneidezähne, der Eck- und 1. Molarzahn vorhanden, die anderen Alveolen vom Zahnfleisch vollkommen überwachsen. Caspary.

Kaposi. Ueber besondere Formen von Hauterkrankungen bei Diabetikern (Dermatosis diabetica). (Anz. der Ges. der Aerzte in Wien, Nr. 9, 20. December 1883.)

Kaposi hat eine eigenthümliche Form von entzündlichem Hautbrand in letzterer Zeit beobachtet und als Gangraena diabetica bullosa serpiginosa bezeichnet. Der Fall betraf eine 51jährige Frau aus einer wohlhabenden Familie in Wien. Anfangs Mai war am linken Unterschenkel an mehreren Stellen Brand aufgetreten, der bis zum 10. Juni d. J. (1883) stetig zugenommen hatte. An diesem Tage sah Verf. die Kranke zum erstenmale. Er fand an der inneren Schenkelfläche einen länglich-dreieckigen Gangränherd, der die mittlere Region des Unterschenkels occupirte, dessen abgerundete Spitze nach vorn, dessen convexe Seite nach innen und hinten gerichtet war, während die zwei seitlichen concaven Ränder je nach oben vorn und unten vorn sahen. Ein zweiter Brandfleck, zweithalergross, sass unterhalb und auswärts der Spina tibiae mit convexem Rand nach aussen oben und concavem Rand nach innen unten. Ein dritter kleiner Herd in der Mitte des äusseren Wadenrandes. An der von diesen drei Gangränherden derart gewissermassen eingerahmten vorderen Unterschenkelfläche fanden sich 15—20 erbsen- bis über bohnengrosse, runde und längliche ziemlich pralle Blasen von trübem Inhalte. Einzelne waren geplatzt und zeigten an der Basis das Corium gelblich

verschorft. Die drei grossen Gangränstellen wiesen überdies folgende gemeinschaftliche Charaktere auf: Der convexe Rand war bis 3 Mm. breit von einem trüben Inhalt bergenden, schlappen Blasenwalle der angrenzenden Haut umsäumt. Im anstossenden ersten Drittel war trockene, im mittleren Drittel pulpöse Erweichung — feuchte Gangrän —, in dem dem convexen Rande angehörigen Drittel dagegen überall üppige Granulation vorhanden, auf welche streckenweise von der angrenzenden Cutis ein flacher Ueberhäutungssaum vorgeschoben war. Die zwischen den Gangränherden und Blasen befindliche Haut war vollständig normal. Kein Fieber.

Demnach war es klar, dass die Gangrän von einzelnen Blasen ausgegangen war und dass einerseits radiäres Fortschreiten der Gangrän unter Blasenbildung, andererseits vom entgegengesetzten Rande her Reparation statthatte, somit der Charakter des Processe als Gangraena bullosa serpiginosa sich manifestirte.

Ueber die innere, anatomische und functionelle Bedeutung dieser eigenthümlichen Form von Gangrän ins Klare zu kommen, war nicht so leicht.

Der Vortragende zeigt nun, wie alle bisher bekannten Formen von Gangrän in diesem Falle differential-diagnostisch auszuschliessen waren: Gangraena senilis, ex Marasmo, die in Folge von Embolie, Thrombose, von Endarteriitis obliterans (v. Winiwarter), Raynaud's symmetrische Gangrän, die bei Asphyxia localis, von äusseren traumatischen, chemischen, chlorischen Einflüssen, auch die serpiginöse Gangrän, die Verf. selbst bei Pityriasis rubra, diffusen Infiltrationen der Haut bei Eczema universale und Psoriasis universalis, sowie bei Pemphigus foliaceus gesehen hat und endlich auch die Formen neuritischer Gangrän, so dass er endlich nach Ausschluss auch der atheromatösen Gefässerkrankung bei der Meinung stehen blieb, dass in den Geweben der Haut selbst eine schädliche Substanz eingelagert sein müsse, die deren Entzündung und Nekrobiose veranlasse und dass diese Substanz Zucker sein dürfte, demnach die Kranke an Diabetes leide.

Bis dahin war keine Harnanalyse gemacht worden und hatte die Kranke keine Ahnung eines solchen Leidens. Polyurie und Polydipsie fehlten.

Die von Prof. Ludwig vorgenommene Harnanalyse ergab 5·15 % Zucker.

Unter dem Gebrauche von Karlsbader Mühlbrunn verminderte sich der Zuckergehalt bis zum 18. August bis auf 0·6 %. Bis dahin hatte die Gangrän noch weiter grosse Fortschritte gemacht, war aber endlich überall abgestossen und durch Granulation und Narben ersetzt worden. Zwei kleine nekrotische Gewebsfetzen waren eben noch in Ablösung begriffen, als Verf. die Pat. am 20. August zum letztenmale sah.

Am 17. September fand er den Zustand viel schlimmer und bald hoffnungslos. Seit Anfangs September waren neue Gangränherde aufgetreten, immer mit demselben Charakter, und machten dieselben besonders über der Patellarregion und über dem Sprunggelenke, jener über das Knie hinauf, dieser nach dem Fussrücken Fortschritte. Am 27. October trat der Tod ein.

Behufs Erklärung dieses in seiner Art wohl als Unicum zu betrachtenden Processes erörtert der Vortragende die ganze Reihe der Hauterkrankungen, welche in Verbindung mit Diabetes bisher theils auch von anderen, theils von ihm allein beobachtet worden sind und entweder als functionelle oder als nutritive Störungen sich manifestiren, und zwar

1. Anidrosis oder Asteatosis cutis (Xerosis),
2. Pruritus cutaneus,
3. Urticaria chronica papulosa,
4. Acne cachecticorum,
5. Roseola et Erythema,
6. Eczema (insbesondere als Eczema genitalium, Balanitis, Vulvitis, mycotica, furunculosa et gangraenosa),
7. Paronychia diabetica,
8. Furunculosis et Carbunculus,
9. Gangraena.

Nachdem der Vortragende noch die eigenthümlichen Beziehungen dieser Dermatosen zum Diabetes näher beleuchtet und namentlich bezüglich der Gangrän gezeigt, dass in einzelnen Fällen (von Marchal de Calvi, Champouillon) ebenfalls die Gangrän von Blasen ihren Ausgang genommen hatte, kommt er zum Schlusse, dass hierin, wie in dem disseminirten und regionären Auftreten und dem serpiginösen Fortschreiten mit nachfolgender Reparation und der Beschränkung auf die Cutis vielleicht doch ein Charakteristicum der diabetischen Gangrän gesehen werden dürfte und dass schliesslich diese Eigen-

thümlichkeit allerdings in dem von ihm vorgebrachten Falle am höchsten ausgeprägt erscheine.

Verf. betont jedoch zugleich die innere Zusammengehörigkeit all der besprochenen Dermatosen rücksichtlich ihrer Beziehung zum Diabetes, indem er ihnen eine gemeinschaftliche Ursache vindicirt, nämlich die Imprägnirung der Gewebe mittelst Zucker. Solcher ist in allen Geweben, Exsudaten, Secreten, Schweiss, Eiter Diabetischer und auch im Eiter von der Gangrän seines Falles nachgewiesen worden. Der Reiz von Seite des Zuckers oder eines Spaltproduktes desselben bewirkte nun einmal Alteration der sensitiven Nerven und dann Pruritus, oder der secretorischen und vasomotorischen Nerven und dann Anidrosis, Asteatosis, Urticaria und endlich wieder durch directe Reizung der Gefässwandungen und anderen Gewebe und Gewebselemente Entzündung. Die Gewebe manifestiren jedoch hiebei eine geringe Fähigkeit zur entzündlichen Gewebsproliferation, dagegen eine grosse Reizung zur Nekrobiose.

Wohl aber könnte bei unsteter, geringer Ausscheidung des Zuckers oder auch bei lange dauerndem Diabetes in Folge allmählicher Anpassung der Gewebe an diese Schädlichkeit die entzündliche Reizung auch zu prävalirender Gewebsproliferation neben geringerem Gewebszerfalle führen. Würde diese Möglichkeit zugegeben, dann wäre Verf. in der Lage, zu den aufgezählten 9 Formen von Dermatosis diabetica noch eine neue zu fügen als

10. Papillomatosis diabetica, die er bei einem 60jährig. Manne, Med. Doctor aus Rio de Janeiro in diesem Jahre beobachtet hat. Der Pat. hatte seit 20 Jahren an Diabetes gelitten. Er kam am 22. September 1882 in Behandlung des Vortragenden. Er gab an, dass sein Leiden vor 5 Jahren damit begonnen habe, dass auf dem linken Handrücken, wie über Nacht eine umschriebene Entzündung auftrat, der bald Eiterung, sodann Geschwürsbildung folgte. Sodann seien warzige Auswüchse entstanden.

Verf. demonstrirt ein Baretta'sches Wachspräparat der kranken Extremität aus dem Jah e 1881, das er von E. Besnier erhalten, bemerkt aber, dass das Uebel im Jahre 1882 ungleich mehr ausgebreitet war. Finger und linke Hand waren verdickt, auf ihrer Dorsalfläche mit rundlichen, bis kreuzergrossen Geschwüren und theils diese umrahmenden, theils disseminirten und in Haufen gestellten papillären Auswüchsen besetzt, welche theils roth und nässend, theils

hornig waren. Am Vorderarme viele so beschaffene Stellen, der Ellbogen in Gänze von einem bis 3 Ctm. hohen, am Rande überwallenden Papillom besetzt. Das Ganze sah Syphilis vegetans oder Lupus papillaris ähnlich. Es war keines von beiden und bei genauer Prüfung unzweifelhaft ein entzündlich-ulceröser Process mit der vorwiegenden Tendenz zu papillärer Neoplasie. Unter dem Gebrauch von Karlsbader Wasser und örtlicher Behandlung mittelst Sublimatbäder, Empl. hydrargyri und Excochleation waren bis Ende December alle Geschwüre geheilt und die papillären Auswüchse bis auf einen Rest am Ellbogen entfernt. Da trat am 1. Jänner d. J. Coma diabeticum ein, in welchem Pat. am 10. Jänner verschied.

Der Vortragende erhofft erst von weiteren Beobachtungen der Fachcollegen, sowie der Internärzte und Chirurgen die Completirung des interessanten Kapitels von dem Verhältnisse des Diabetes zu den denselben begleitenden Dermatosen.

Duhring. Ein Fall von Ainhum. Mit mikroskopischem Befund von Henry Wile. (Amer. Journ. of the med. sciences, Januar 1884.)

Duhring hatte Gelegenheit einen 40 Jahre alten Neger zu beobachten, der mit Ainhum behaftet war. Das Leiden bestand seit dem 10. Lebensjahr und es ist wichtig zu notiren, dass beide Eltern des Kranken an demselben Uebel litten. Da der Kranke jeden operativen Eingriff verweigerte, erfolgte nach einer gewissen Zeit die spontane Amputation einer Zehe. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgenden Befund:

1. Verdickung der Epidermis.
2. Verbreitung und Verlängerung des Papillarkörpers.
3. Die Blutgefässe des Papillarkörpers, sowie die perivasculären Räume erweitert und mit rothen und weissen Blutkörperchen angefüllt.
4. Die Bindegewebsmaschen des Corium enthalten grössere und kleinere Haufen von kleinen, runden Zellen, welche meistens nächst den Blutgefässen sich vorfinden. An einigen Stellen beginnen diese Zellhaufen eine Metamorphose in organisirtes Gewebe einzugehen.
5. Die tieferen Lagen des Corium bestehen aus Bündeln von lockerem Bindegewebe und von glatten Muskelfasern.
6. Zahlreiche Blutgefässe — Arterien, Capillaren und kleine Venen ausgedehnt und mit Blutkörperchen angefüllt — die grösseren Venen meistens leer.

7. Die Media und Adventitia der grösseren Arterien bedeutend verdickt, Proliferation des Endothels.

8. Die Lymphgefässe ausgedehnt aber meistens leer.

9. Zahlreiche Schweissdrüsen aber atrophisch.

10. Um die Knäuel der Schweissdrüsen finden sich zahlreiche Fetttropfen und runde Alveolen, die mit Lymphkörperchen angefüllt sind.

11. Das dem Stiel anhängende Gewebe ist aus Bindegewebe, sowie aus gelbem elastischem Gewebe zusammengesetzt.

12. Die Epidermis steigt in Absätzen bis zur Anheftungsstelle herab.

13. Als Resultat der mikroskopischen Untersuchung ergibt sich, dass die Affection als ein chronisch entzündliches Oedem aufgefasst werden muss.

Diese Auffassung stimmt mit den von Dr. Silva Lima und Heitzmann geäusserten Ansichten überein. Schiff.

Petrone. Ueber die Entdeckung der infectiösen Natur des Scorbut und Morbus maculosus Werlhofii. (Lo Sperimentale Bd. 51, 1883. — Rivista clinica Fasc. 7. Juli 1883).

Petrone hat zwei Kaninchen frisches Blut eines Scorbutkranken vom Handrücken unter die Haut injicirt. In den nächsten Tagen trat bedeutende Temperaturerhöhung auf, am achten und zwölften Tage wurden sie getödtet und es ergaben sich Hämorrhagien unter die Haut am Rücken, in die Ohren und in die Hirnhäute. — Alle übrigen Organe normal (auch die Milz). Das Blut wurde nicht untersucht (!). Darnach schliesst P., dass Scorbut eine Infectionskrankheit sei. In gleicher Weise sucht P. nun den Nachweis zu führen, dass auch der Morbus maculosus Werlhofii auf einer Infection durch specifische Mikroorganismen beruhe.

Blut von zwei an dieser Krankheit leidenden Individuen wurde Kaninchen unter die Haut injicirt; am vierten oder fünften Tage getödtet (eins der Versuchsthiere starb am dritten Tage), zeigten dieselben bei der Section: Hämorrhagien der Dura mater an der Basis cerebri, Hämorrhagien der Pleura und des Peritoneum, der Lunge, Leber, Nieren, Milz, Körpermusculatur, des subcutanen Bindegewebes (namentlich der Ohren und des Rückens). Auch von Kaninchen auf Kaninchen liess sich die Erkrankung übertragen. Das Blut der er-

krankten Menschen zeigte Vermehrung der weissen Blutkörperchen, sowie kleine ovale Mikrokokken und Bacillen, isolirt sowohl, wie in Gruppen vereinigt. Dieselben Mikroorganismen waren auch im Blute der inficirten Thiere nachzuweisen.

Aehnliche Hämorrhagien sah der Verf. bei der Injection von Blut eines an Purpura simplex leidenden Kranken. Er hält demnach die Anwendung der Antiparasitaria und des Terpentinöls, des Natrium salicylicum, des Kali hypermanganicum, der Carbolsäure für die richtige Therapie.

Epidermidosen.

Pohl-Pincus. Ueber die Alopecie und den indurativen Krankheitsprocess überhaupt. (Berl. klin. Wochensch. Nr. 42, 1883.)

Pohl-Pincus unterscheidet 1. eine primär-paralytische Alopecie (Schwund der charakteristischen Gewebszellen mit secundärer Vermehrung des Zwischengewebes; typische Ursache: ein mittelstarker aber gleichmässig verbreiteter Druck; Stetigverbleiben des Processes an der misshandelten Stelle), und 2. eine primär-indurirte active Vermehrung des Zwischengewebes mit secundärem Schwunde der charakteristischen Gewebszellen; Ursachen: Eisblasen auf gesunder Kopfhaut, manche Stadien der Syphilis, Nachtripper, Vaginalkatarrhe, heftige, zugleich deprimirende und erregende Gemüthsbewegungen; Neigung zur Progression. Für den ersten Fall wiederholt er die Empfehlung, dauernd schwache Natronlösungen anzuwenden; für den zweiten empfiehlt er Säuren oder Säurebildner (z. B. Acidi lactici 0,5—1,0; Acidi boracici 2,0—5,0; Aq. destil. 210, Spir. vin. rectific. 30,0—40,0. Täglich 2 Mal einige Esslöffel mehrere Minuten lang einzureiben). Die Details, die weitgehenden Analogien der Alopecie als indurativen Krankheitsprocesses mit Tabes dorsualis, Cirrhosis der Leber, Nierenschrumpfung; die Ansichten des Autors über die Rückwirkung auf Gefässsystem und Herz lassen sich hier nicht auszüglich wiedergeben. Caspary.

Reinhard. Fall von periodischem Wechsel der Haarfarbe. (Virchow's Archiv Bd. 95, Heft 2, 1884.)

Reinhard beobachtete in der Irrenanstalt Dalldorf-Berlin eine Idiotin, die 13 Jahre alt aufgenommen, nach 2jährigem Aufenthalte daselbst verstarb. Bei dieser Kranken, die das abstossende Bild des

Idiotismus in seinen höchsten Graden darbot, fand ziemlich regelmässig ein Wechsel von Erregung und Ruhe statt. Die einzelnen Phasen derselben dauerten meist circa eine Woche, der Uebergang aus der einen in die andere, pflegte sich in 2—3 Tagen zu vollziehen. Zur Zeit der Erregung wiegte und schaukelte sich Patientin in ihrem Kinderstuhl hin und her, knirschte mit den Zähnen, lutschte an den Fingern, grunzte und brüllte, steckte alles Erreichbare in den Mund und hatte wenig Schlaf. Dabei zeigte sich vermehrter Turgor und leichte Röthe des Gesichts, mehr Spannung und Energie in der Haltung, vollerer Puls, wärmere Hauttemperatur und vermehrte Hautsecretion. In dem ruhigen Stadium sass Patientin still da, schlummerte viel, ass weniger gierig, sah blasser, welker und älter im Gesichte aus, sank in sich zusammen, fühlte sich kühl an, hatte Stechen in Gesicht und Händen und eine trocknere, sprödere Haut. — Nun wurde bald die Beobachtung gemacht, dass gleichzeitig mit dem Wechsel des physischen Verhaltens auch eine Aenderung der Haarfarbe eintrat, der Art, dass das ziemlich zarte, dichte Haar gelblich-blond in dem stuporösen Zustande aussah, während es in der Zeit der Erregung eine dunklere, goldröthliche Farbe zeigte. Auch dieser Wechsel vollzog sich in 2—3 Tagen, isochron der Aenderung der Erregbarkeit, manchmal blieb wohl die hellere Haarfarbe noch 1—2 Tage bestehen, wenn schon die Unruhe begonnen hatte, oder die dunklere Färbung bei Anfang des Stupors; im Ganzen stimmten die Perioden in der oben bezeichneten Weise überein. Stets schien die Veränderung der Farbe zuerst in den Spitzen der Haare zu beginnen; alle Regionen der Kopfhaut waren stets gleichmässig betheiligt, und wenn auch die einzelnen Haare nicht immer gleiche Färbung zeigten, so war doch das Gesammtaussehen immer übereinstimmend in hellerer oder dunklerer Schattirung. Krankheit von Haaren oder Haut, stärkeres Ausfallen von Haaren war nicht zu beobachten, und sonderte die Kopfhaut in der Periode des Stupors, entsprechend der allgemeinen grösseren Trockenheit der Haut, sehr wenig Fett ab. — Aus der genau geschilderten mikroskopischen Untersuchung von etwa 40 Haarschäften erschliesst Verf., dass die hellen Haare sowohl absolut — gegenüber ebenso gefärbten Haaren Gesunder — als relativ sehr viel Luft enthielten, und zwar nicht nur in der Marksubstanz, sondern auch in zahlreichen kleinsten Spalträumen zwischen den Faserzellen der Rindensubstanz und anscheinend auch zwischen letzterer und der

Cuticula. Nur in diesem Sinne konnte Verf. den im durchfallenden Lichte dunklen, in auffallendem Lichte hellen Rand, sowie die sich ebenso verhaltenden Vortreibungen und Ausbuchtungen der Cuticula deuten. In den stärksten Graden der Luftansammlung in der Marksubstanz bildete die Luft an manchen Strecken fast eine einzige zusammenhängende Blase von spindelförmiger Gestalt. Diese Luftansammlung, die am stärksten war in den am hellsten aussehenden gelblichblonden Haaren, wurde um so schwächer, je mehr sich die Farbe der goldröthlichen näherte, um sich schliesslich nur auf zerstreute kleinste Luftkügelchen in der Marksubstanz zu beschränken. — Diesem Wechsel des Luftgehaltes schreibt Verf. die Hauptrolle bei den Farbveränderungen in seinem Falle zu. Eine stärkere Anhäufung von Luft musste den Haaren eine hellere Farbe verleihen, hauptsächlich dadurch, dass sie das Pigment mehr weniger verdeckte. Im geringeren Grade trugen zu der Entstehung der helleren Farbe noch bei, die Rauhigkeit der Oberfläche der helleren Haare, welche schon makroskopisch, besonders aber mikroskopisch hervortrat und die grössere Trockenheit derselben. Gleich den Fällen von Charcot, Bichat, Léloir, Raymond sieht Verf. den ersten Grund des Hautfarbenwechsels in trophischen Störungen der Nerven des behaarten Kopfes. Er hält es für annehmbar, dass im stuporösen Stadium mit seiner kühleren, leicht cyanotischen, trockneren Haut eine Ernährungsstörung eintrat, die sich im Einschrumpfen der Marksubstanz und Lockerwerden der Zellenverbindung äusserte und dann es ermöglichte, dass sich ungewöhnlich viel Luft in dem Markraum, ferner in den feinen Spalträumen zwischen den Faserzellen der Rindensubstanz und zwischen letzterer und der Cuticula ansammeln konnte; dass umgekehrt in dem agitirten Zustande bei gesteigerter Innervation eine Neubelebung und Schwellung der Markzellen und eine innigere Verbindung der übrigen zelligen Elemente des Haares wieder eintrat und dadurch die Luft zum grössten Theile verdrängt wurde. Wahrscheinlich stammte die unter der Cuticula und in der Rindensubstanz getroffene Luft von aussen her, während die Luft der Marksubstanz aus den Capillaren und minimalen Venen der Papillen kommen mochte. Caspary.

Chorioblastosen.

Besnier. Ueber scrophulöse Gummata. (Annal. de dermatol. et syph. Vol. IV. No. 5, 1883.)

Von Besnier werden zwei Arten des Gumma scrophulosum, welches er als tuberculöse Production nach Schüppel auffasst, oberflächliche und tiefliegende, unterschieden. Die Grenze zwischen beiden bilden die oberflächlichen Fascien. Die Prognose ist stets eine ernste, da die Gefahr einer allgemeinen Tuberculose oder einer Infection wichtiger innerer Organe stets vorhanden ist; doch mag bei günstiger Lage der scrophulo-tuberculösen Geschwülste deren radicale Entfernung eine völlige Heilung ermöglichen. Eine interne Behandlung der scrofulösen Gummata ist ohne Erfolg. In allen Fällen ist nach B. Jodkali zu versuchen, da möglicherweise noch Lues vorhanden sein kann; immerhin mögen auch die Antiscrophulosa gegeben werden, ebenso Jodoform in Pillen 0,05 bis 0,5 pro die. Wenn aber die inneren Mittel im Stiche lassen, muss unverzüglich zur Zerstörung der specifischen Herde durch Aetzmittel, die Glühhitze oder das Messer geschritten werden.

Schiff.

Güterbock. Ueber lupöse Verkrümmung der Finger. (Virchow's Archiv Bd. 94. Heft 2, 1883.)

Anknüpfend an Beobachtungen, die er früher (im 53. Bd. Virchow's Arch.) über lupöse Verkrümmungen der Finger mitgetheilt hat, und die vereinzelt geblieben sind, beschreibt Güterbock einen neuerdings gesehenen Fall. Wenn in letzterem die Gelenksdestructionen eine völlige Analogisirung mit den beiden früheren Fällen nicht zulassen, so finden sich doch an Fingern, deren Gelenke nicht erkrankt waren, Wachsthumsveränderungen, die mit den damals beschriebenen übereinstimmten, und die etwa den Eindruck machten, als wenn sich Basalphalangen in der Mittelhand zurückgezogen hätten. Pat. war im 14. Jahre an den Händen erkrankt. Unter reissenden Schmerzen schwoll der Daumen an, erst der rechte, dann der linke. Die Haut ging durch Eiterung verloren, so dass die Knochen im Gelenke zwischen den beiden Gliedern freilagen. Schon im ersten Jahre der Erkrankung stellten sich die Glieder des Daumens krumm, was in der Folge noch zunahm. Dann erkrankte auch der rechte Mittelfinger im Metacarpophalengealgelenk, erst auf der Beuge-, dann auf der Streckseite, darauf dieselbe Stelle am 4. Finger. Auch die Haut der linken Hand unterhalb des Capitulum metacarp. I. wurde unter grossen Schmerzen zerfressen, und dann noch viele andere Hautstellen lupös infiltrirt und später ulcerirt.

Nach 6 Jahren fand Verf. an den hier interessirenden Stellen rechts Verkümmerung 1) der 2. Phalanx des Daumens, welche gegen die erste mehr als rechtwinklig flectirt und mit der Rückfläche radialwärts gedreht ist, und 2) des 3. Fingers, welcher durch Verkürzung jeder Phalanx kleiner als der 5. Finger geworden ist, während gleichzeitig die 2. Phalanx gegen die erste radialwärts luxirt ist.

Die Bewegungen des Interphalangealgelenkes des Daumens und die Streckung der 2. und 3. Phalanx des 3. Fingers sind aufgehoben, sonst alle Bewegungen activ wie passiv möglich. — Links ist die 2. Phalanx des Daumens fast um die Hälfte verkleinert, und ähnlich wie rechts im rechten Winkel flectirt. — In einem Falle von Lepra, den Verfasser beobachtete, fand sich eine nicht durch Narben hervorgerufene Krallenstellung der Finger mit Unterstreckung der Endphalangen, zugleich Contracturen oder Functionsstörungen in allen grossen Gelenken, so dass es der Pat. kaum möglich war, sich aufzurichten oder sich sitzend im Bette zu erhalten. Verfasser findet die Fingerdifformität nur äusserlich der lupösen ähnlich, indem er sie gleich den Affectionen der anderen Gelenke der Kranken als neuroparalytisch auffasst. Caspary.

Doutrelepont. Zur Therapie des Lupus. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. III. 1884.)

Doutrelepont hatte (s. diese Vtljhschft. 1883, pag 631) in früheren Untersuchungen (7 Fälle), wohl Tuberkelbacillen im lupösen Gewebe gefunden; aber damals noch nicht gewagt, die Frage, ob Lupus und Tuberculose identisch seien, als gelöst zu betrachten. Weitere Untersuchungen des Autors haben nun in 18 Fällen die Tuberkelbacillen constatirt. Auf die Spärlichkeit ihres Vorkommens bei den fungösen und scrophulösen Entzündungen haben schon Schuchardt und Krause (Fortschritte der Medicin 1883. Nr. 9) aufmerksam gemacht. In einem Falle von Lupus des Gesichts und Ohres fanden sie in 20 Schnitten 2 Tuberkelbacillen, in einem Lupus des Beines 1 Bacillus in 10 Schnitten. Nur in einem Falle hat Verf. die Stäbchen sehr zahlreich vorgefunden, aber auch nicht in der ganzen Ausdehnung des Präparates, sondern nur an einer Stelle. Manche zeigen Sporenbildung. Neben den charakteristischen Stäbchen findet man häufig kleine körnige Körperchen, welche dieselbe Farbenreaction wie jene zeigen. Sie sind zuweilen noch in der Grösse der Bacillen anein-

andergereiht, oder in kleinen Gruppen zwischen den Zellen zerstreut. Diese sind wohl als zerfallene Bacillen anzusehen.

In der Voraussetzung, dass, wenn es gelänge die Bacillen an Ort und Stelle zu tödten, die Tuberkelknötchen des Lupus auch der Rückbildung anheimfallen müssten, hat Verf. den Sublimat in Substanz gegen Lupus örtlich angewandt. Da aber bei dem so chronischen Verlaufe des Lupus eine lange Dauer der örtlichen Anwendung nöthig, und dabei durch Resorption Intoxicationserscheinungen, Salivation u. s. w. immer zu befürchten war, begann Verf. mit schwachen Lösungen, zuerst von 1 : 2000, wie das Sublimat schon mit Erfolg zur Vernichtung der Gonococcen angewendet wird. Er konnte jedoch bald solche von $0 \cdot 1^0/_0$ in Anwendung ziehen. Stärkere Lösungen erregten heftiges Brennen; auch wollte Verf. solche nicht anwenden, um eine ätzende, das Lupusgewebe selbst zerstörende Wirkung auszuschliessen: er wollte das Mittel nicht als Causticum, sondern nur als Antisepticum wirken lassen. Die Anwendung geschah so, dass eine mehrfach zusammengelegte Compresse, nachdem sie in die Lösung getaucht und ausgepresst war, auf die von Lupus befallene Haut aufgelegt, mit Guttapercha-Papier bedeckt und durch Bindentouren angedrückt gehalten wurde.

Die Knötchen und Knoten des Lupus schwinden bei dieser Behandlung, die vorher geschwollene infiltrirte Haut wird schlaff und blasser, die umgebende Haut wird durch die Behandlung nicht gereizt oder entzündet; die an der Grenze des Lupusgewebes vorhandene Hyperämie lässt nach, und als einzige Erscheinung an der gesunden Haut wird eine leichte Abschilferung beobachtet. Die beim Heilungsprocess entstehenden Narben sind verhältnissmässig glatt; ein Fortschreiten des Processes hat Verf. bis jetzt während der Dauer der Behandlung nicht beobachtet. Salivation wurde in keinem Falle, der so behandelt wurde, wahrgenommen. Später gab Verf. daneben allen Patienten die Solut. Fowleri während der klinischen Behandlung, um den Heilungsprocess noch zu beschleunigen.

In der letzten Zeit hat Verf. bei den stark hypertrophischen Formen des Lupus, mögen sie exulcerirt oder noch überhäutet sein, um das Sublimat stärker und schneller in die Tiefe wirken zu lassen, Stichelungen mit $1^0/_0$iger Sublimatlösung ausgeführt, welche auch sehr günstiges Resultat ergaben.

Infolge dieser Untersuchungen, welche die Wirkung des Subli-

mats als Antisepticum und nicht als Aetzmittel erproben sollten, will Verf. jetzt in den passenden Fällen zuerst die erkrankten Hautstellen auskratzen, um schneller das lupöse Gewebe zu entfernen, und die so behandelten Stellen mit der Sublimatlösung verbinden. Auf diese Weise könne man eher erwarten, dass die in der Haut noch zurückgebliebenen Bacillen getödtet oder in ihrer Entwickelung gestört werden. Seine bisherige Erfahrung zeige, dass auch so die Umschläge gut vertragen werden und dass eine zu starke Resorption des Sublimats nicht zu fürchten sei.

Duhring. Ueber den Werth einer Waschung mit einer Lösung von Zinksulphid bei der Behandlung von superficiellem Lupus erythematosus. (Medical News, 10. November 1883.)

Duhring gibt an mit Sulfas zinci bei Seborrhöe des Gesichts vortreffliche Resultate erzielt zu haben. Dies bewog ihn, dasselbe auch bei oberflächlichem Lupus erythematosus anzuwenden und zwar geschah dies in der Weise, dass die kranken Stellen zuerst mit Seife abgewaschen und dann die Lösung, welche vorher aufgeschüttelt werden muss, zwei und mehrmals im Tage mittelst eines Schwammes aufgetragen wurde, so dass das Sediment an der Oberfläche haften blieb.

Die Lösung besteht aus gleichen Theilen von Zinksulphat und Kaliumsulphuret (ana 5—15 Gran) auf eine Unze Wasser und einem wechselnden Zusatz von Alcohol.

Die von D. gewöhnlich angewendete Formel lautet: Sulf. zinci, Kalii sulfur. āā 2,0; Aqu. rosar. 120,0; Alcohol. 15,0.

Schiff.

Babes. Bemerkungen über die Topographie der Bacillen der Lepra in den Geweben und über die Bacillen der Hühnercholera. (Arch. de phys. Nr. 5, 1. Juli 1883.)

Babes empfiehlt, wie schon vor ihm Andere, zur Färbung der Leprabacillen das bekannte Ehrlich'sche Verfahren. Er wendet es in folgender Modification an: Die Schnitte bleiben 24 Stunden in einer Mischung von Anilinwasser und salzsaurem Rosanilin, werden hierauf mit Salpetersäure entfärbt und mit Methylenblau oder Hämatoxylin nachgefärbt. Bei diesem Verfahren erscheinen die Leprabacillen roth, andere etwa zufällig vorhandene Organismen und die Kerne blau, beziehungsweise violett gefärbt. Verf. untersuchte mehrere Fälle von

Lepra tuberculosa und anästhetica und schildert in ausführlicher Weise die zum Theil bekannte Vertheilung der Bacillen im Gewebe. Die grossen Leprazellen, welche sich durch ihren Reichthum an Bacillen auszeichnen, können nach Verf. sein: Endothelialzellen, fixe Bindegewebs-Körperchen, weisse Blutkörperchen, endlich Ehrlich'sche Mastzellen. Verf. fand die Bacillen auch in der inneren Wurzelscheide der Haarbälge, in den Talgdrüsen, im Arrector pili, hingegen nicht in den Schweissdrüsen. In einem Falle von Lepra, welcher an Pyämie zu Grunde ging, waren in der Leber die Leprabacillen neben den Coccencolonien nachzuweisen.

In einer zweiten Mittheilung berichtet Verf. über die Organismen der Hühnercholera. Dieselben sollen in Culturen runde bewegliche Körnchen, meist zu zwei aneinandergereiht darstellen, während sie in den Geweben des Thierkörpers die Form von Bacillen annehmen sollen, die sich gegen Farbestoffe ganz ähnlich verhalten, wie die von Jaffky und Koch beschriebenen Bacterien der Kaninchensepticämie. Verf. hält die beiden Formen für verschiedene Entwicklungszustände desselben Pilzes.

v. Frisch.

Thin. Ueber den Bacillus des Aussatzes. (Medico-Chirurgical Transactions, Vol. LXVI. 12. Juni 1883.)

Thin färbt seine Leprapräparate nach den Methoden von Koch und Ehrlich für Tuberkelbacillen, nachdem durch Koch bekannt geworden war, dass sich die beiden Formen gegen diese Farbenreactionen identisch verhalten. Thin scheint mit der Herstellung haltbarer Präparate Schwierigkeiten, wie so manche Andere, gehabt zu haben und ist gegenwärtig noch mit der Ermittelung einer Methode beschäftigt, welche haltbare Färbungen geben soll. Er untersuchte eine Reihe von Leprafällen aus verschiedenen Ländern und betont die grosse Uebereinstimmung in allen Details der Bacillenbefunde. Als neu hebt er das Vorkommen von Bacillen in der Epidermis hervor. Daselbst fand er sie in einem Präparate und zwar in Zellen von der Grösse und dem Aussehen von weissen Blutkörperchen, die zwischen die Epidermiszellen eingelagert waren. Es liegt nahe anzunehmen, dass die Leprabacillen durch die weissen Blutkörperchen aus der Tiefe an die Oberfläche geschleppt und zwischen den Epidermiszellen deponirt worden waren. Ferner fand Verf. bacillenhaltige weisse Blutkörperchen in einem Lymphgefässe, welches zwischen der Epidermis und der

obersten Schicht des leprös infitrirten Coriums parallel mit der Oberfläche verlief. Endlich gelang es ihm die Bacillen auch im Inneren der Blutgefässe nachzuweisen. v. Frisch.

Leegard. Einige Worte über die glatte Form der Lepra vom Standpunkte der Neuropathologie. (Nord. med. Arkiv XV. Bd. 3, 1883.)

Für Leegard ist die Lepra anaesthetica ein Leiden, welches in der Haut beginnt und von da sich central bis zu den grossen Nervenstämmen ausbreitet. Vom neuropathologischen Standpunkt muss man das Leiden für eine Perineuritis halten. Das Infiltrat in der Haut bringt die bekannten unempfindlichen Flecke hervor, das Infiltrat in der Nervenscheide ruft Symptome trophischen Charakters hervor, das sind Muskelatrophie, Blasen, Nekrosis etc. Ausserdem beobachtet man Paralysen, Contracturen und Anaesthesien. Der Verfasser hat elektrische Untersuchungen angestellt und bei Lepra verschiedene Reactionsformen aufgefunden, die dem Entartungsprocesse entsprechen. Schiff.

Goldschmidt. Die Lepra auf Madeira. (Berl. klin. Wochensch. Nr. 9, 1884.)

Goldschmidt, der Arzt zu Funchal in Madeira ist, schätzt die Zahl der Leprosen auf der Insel auf 500—600, von denen jedoch nur der geringste Theil Aufnahme in die dortige Leproserie begehrt. Von ätiologischen Momenten spricht Verf. mit Sicherheit nur die Heredität an; bei allen von ihm examinirten Fällen des Spitals war die Krankheit entweder in directer Linie vererbt, oder es gab Fälle in einer Seitenlinie, wie es schien, vererbte sich stets dieselbe (tuberculöse oder anästhetische) Form. Nur in einem Falle (ausserhalb des Krankenhauses) traten bei einem Mädchen, das von lepröser Amme sehr kurze Zeit gestillt worden war, das sonst aus ganz gesunder Familie stammte, zur Zeit der Pubertät die ersten, schnell progredienten Symptome auf. An andere chronische Infectionskrankheiten erinnernd ist die Immunität einzelner Familienmitglieder und selbst diejenige einer ganzen Generation. Vorwiegend ist auf Madeira die tuberculöse Form der Erkrankung; in ausgeschnittenen, in Spiritus aufbewahrten Knoten fand Verf. die Neisser'schen Bacillen; über ihr Vorkommen bei der Nervenleprose konnte er keine Beobachtung anstellen. Die mittlere Krankheitsdauer betrug 12, die längste von G. beob-

achtete 22 Jahre. Die Behandlung der Leprakranken war durchweg eine erfolglose, den verschiedensten Kuren trotzende; ein zeitweiliger, selbst mehrjähriger Stillstand, selbst scheinbarer Rückgang konnten den schliesslich ungünstigen Ausgang nicht ändern. — Die Lepra besteht auf der Insel Madeira wohl seit ihrer Entdeckung und sofortigen Colonisation (1419), indem unter den ersten Einwanderern Bewohner des bis heute durchseuchten Südportugals sich fanden, dazu kamen bald Gefangene und Sklaven aus der ebenso inficirten Westküste Afrikas, seit 1515 besteht eine eigene Leproserie daselbst. Caspary.

Pick. Demonstration eines Falles von Rhinosclerom. (Verein deutscher Aerzte in Prag 26. Oct. 1883.)

Pick's Fall betrifft eine 24jährige Dienstmagd, die zwischen ihrem 7. bis 12. Lebensjahre wiederholt und auf die geringste Veranlassung hin aus der Nase geblutet hat. Ihr gegenwärtiges Leiden datirt seit etwa 9 Monaten, zu welcher Zeit sie zuerst eine Geschwulstbildung an den Nasenöffnungen beobachtete und angibt, erst seit dieser Zeit schwerhörig zu sein.

Von tiefer greifenden Veränderungen am Gaumen und im Rachen hat sie keine Kenntniss und wurde erst auf der Klinik auf dieselben aufmerksam gemacht. Patientin ist mittelgross, kräftig gebaut, gut genährt. Das sonst gut geformte Gebiss ist in auffallender Weise durch die Verbildung der Nase verunstaltet. Diese erscheint in ihrem knorpeligen Theile bedeutend verbreitert, plattgedrückt und durch Aufstülpung der Nasenspitze stumpf. Die Nasenöffnungen weit und rund, die Nasenflügel schon von der Spitze an auswärts gewölbt, augenscheinlich durch je eine Geschwulst, welche aus dem Naseneingange hervorragt und von welchen die rechtsseitige haselnuss-, die linksseitige zuckererbsengross ist. Die Geschwülste sitzen pilzförmig mit verschmächtigter Basis auf, rechterseits zum Theile an der unteren Umrandung der Nasenöffnung, etwas auf die Oberlippe übergreifend, zum Theile an der Innenseite des Nasenflügels, aber so, dass der freie Rand derselben scheerenartig über die Geschwulst gespannt erscheint, links sind dieselben Verhältnisse, nur ist die Oberlippe fast unbetheiligt.

Die Geschwülste sind livid roth gefärbt und heben sich um so deutlicher von der blassen wachsartigen Färbung des übrigen Theiles der Nase ab. Die Geschwülste sind gegen Druck äusserst empfindlich,

während dies an den übrigen starren Theilen der Nase nicht der Fall ist. Nur ein kleiner Theil der hinteren Nasenscheidewand ist etwas verschiebbar. Die Uvula ist abgängig, dadurch die Gaumenbögen spitzbogenförmig zusammenlaufend. An der Stelle der Uvula sieht man eine gelbweisse, sehnenartige Narbe. Der Arcus palatoglossus und palatopharyngeus auf beiden Seiten ist mit dem restlichen Theile der Tonsillen stark verdickt, aufwärts und an die hintere Rachenwand verzogen und angeheftet, dabei der Mittellinie so genähert, dass nur ein schmaler Zwischenraum übrig bleibt. Alle Gebilde sind straff gespannt, sehnenartig und mit zahlreichen fleischwarzenähnlichen Wucherungen versehen. Dieselben Veränderungen, nur mit dem Unterschiede, dass die sehnenartige narbige Retraction noch viel stärker ausgesprochen ist, fand sich im Nasenrachenraume. Die Epiglottis erscheint in ihrem Längendurchmesser etwas verkürzt, im Ganzen etwas verdickt. Derselbe Befund ist an den Stimmbändern wahrnehmbar, die in ihrem vorderen Theile starrer und schwerer beweglich erscheinen. Eine Verengerung besteht nicht und auch sonst ist im Kehlkopf nichts Pathologisches zu finden. Dagegen findet sich eine auffällige Verengerung des äusseren Gehörganges, besonders auf der rechten Seite, welche durch eine wulstförmige, an ihrer Oberfläche livid roth gefärbte Hervorwölbung hervorgerufen wird, deren Sitz sich an der Uebergangsstelle des knorpeligen zum knöchernen Theile des Gehörganges nach hinten unten befindet und eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Befunde an der Nase bietet, soweit sich dieselbe eben aus der Färbung und der Resistenz erschliessen lässt.

Pick hebt hervor, dass das Leiden einen rein localen Charakter an sich trägt und in keiner Weise mit einem Allgemeinleiden oder mit einem anderen Organleiden zusammenhängt. Weiters ist ersichtlich, dass auch in diesem Falle wie in anderen bereits beobachteten die Krankheit in der Tiefe der Nasenhöhle begonnen und sich von da sowohl nach rückwärts wie nach vorne ausgebreitet hat, und zwar zuerst nach rückwärts und erst später nach vorn, wie sich aus der grösseren Dignität, Intensität und Extensität der Krankheitserscheinungen im Nasenrachenraum gegenüber jenen in der vorderen Partie der Nase mit Sicherheit schliessen lässt. Bezüglich der Aetiologie bemerkt Redner, dass eine Beziehung zu constitutioneller Erkrankung nicht nachweisbar ist. Syphilis kann ganz ausgeschlossen werden, auch Tuberculose ist nicht anzunehmen. Dieser Fall erweise auf's deut-

Echste die Unabhängigkeit des Rhinoscleroms von Syphilis, wie ja bisher in keinem Falle eine antisyphilitische Behandlung einen Effect erzielt hat. Dagegen hält P. den Process nach eigenen Untersuchungen in Uebereinstimmung mit Billroth, Ganghofner, Geber, Mikulicz, insbesondere aber nach den Untersuchungen von Pellizari für eine specifische Entzündung, deren infectiöser Charakter durch den von Frisch gelieferten Nachweis von eigenartigen Bacterien eine wesentliche Stütze erfahren hat. Was die Therapie betrifft, ist klar, dass nur von einer örtlichen Behandlung ein Nutzen zu erwarten steht, und in dieser Beziehung haben ihn frühere Fälle belehrt, dass neben der Anwendung des Pyrogallols, des Jodoforms, der Salicylsäure u. a. der methodisch ausgeführte Druck auf die Infiltrate, die Erweiterung der Nasengänge durch Bougien und Einführung von Drainageröhren in die Nase den relativ grössten Nutzen gewähren.

Riehl. Zwei Fälle von Rhinosklerom. (Sitzg. d. Wiener Ges. der Aerzte am 4. Jänner 1884. — Anzeiger Nr. 11, vom 10. Februar 1884.)

Riehl demonstrirt zwei Fälle von Rhinosklerom. Unter die erst in den letzten Jahren genauer beobachteten Symptome des Rhinosklerom's gehört die Localisation desselben an den Schleimhäuten, welche früher zu der irrigen Auffassung geführt hatte, Rhinosklerom sei eine Modification der Syphilis.

Die vorgestellten beiden Kranken zeigen an der äusseren Haut der Nase die gewöhnlichen Erscheinungen, namentlich die knorpelharte Infiltration deutlich ausgeprägt. Bei dem weiter vorgeschrittenen Falle sind das Velum und die Gaumenbogen verdünnt, narbig glänzend, blass; die Uvula fehlt, an ihrer Stelle stossen die Gaumenbogen spitzbogenartig zusammen. Bei dem in seiner Entwicklung noch jüngeren Falle die Gaumenbogen und das Velum braunroth, derb infiltrirt, und an einigen Stellen (Basis der Uvula) mit linsengrossen, höckrigen Infiltraten besetzt, welche oberflächlich ulcerirt und grau belegt erscheinen; die Uvula ist sehr derb infiltrirt, verkürzt, braunroth und trägt ähnliche Substanzverluste.

In vielen Rhinoskleromfällen findet man ähnliche Veränderungen an der Begrenzung der Choanen, an der Nasen- und Rachenschleimhaut, ja selbst im Kehlkopfe und in der Trachea.

So konnte Riehl bei 12 in den letzten Jahren beobachteten

Rhinoskleromkranken neunmal narbige Veränderungen und dreimal Infiltration der Schleimhäute nachweisen.

Bei dem eminent chronischen Verlaufe der Krankheit bedarf der Ablauf des Processes bis zur Narbenbildung vieler Monate und Jahre. Wenn wir nun schon narbige Atrophie an den Schleimhäuten finden, wo an der äusseren Haut nur geringfügige Erscheinungen vorhanden sind, so müssen wir für diese Fälle annehmen, dass die Krankheit von den Schleimhäuten ausgegangen ist. Die Schmerzlosigkeit des Processes und die geringfügige Functionsstörung in den ersten Monaten erklären zur Genüge, warum sich die Rhinoskleromkranken gewöhnlich erst dann vorstellen, wenn die äussere Haut bereits ergriffen ist.

Die Erscheinungen des Rhinoskleroms an den Schleimhäuten haben mit ulcerösen und papulösen Syphilisformen grosse Aehnlichkeit; die auffällige Härte des Infiltrates, die Oberflächlichkeit der Substanzverluste, der äusserst schleppende Verlauf und die Unwirksamkeit der antisyphilitischen Therapie ermöglichen indess immer die Differenzialdiagnose.

Die Untersuchung eines vom Gaumen eines Rhinoskleromkranken excidirten Knotens zeigte ganz analoge Structur der Infiltrate der Schleimhaut wie an der äusseren Haut.

Die histologischen Befunde von einer Reihe von Fällen ergaben im Allgemeinen ähnliche Bilder, wie sie von Mikulicz beschrieben werden. Bacterien konnten in sechs daraufhin untersuchten Fällen nicht aufgefunden werden.

Dermatomykosen.

Balzer. Beitrag zum Studium des Erythema trichophyticum (Riesen-Trichophyton). (Arch. de Phys. 1883.)

Balzer beschreibt 5 Fälle einer herpetischen Eruption, hervorgerufen durch einen Pilz auf der unbehaarten Haut (Duhring's „Crural trichophytic Erythema"). Der Ausschlag tritt stets in der Mittelfleisch-Scrotal-, und Cruralregion, der Achsel und am Fussrücken auf. Die Schuppen enthielten einen Pilz zum Theil mit grossen, langen, hie und da verästigten, geraden oder gebogenen Mycelfäden von doppelten Contouren, mit granulirten Kernen (die sporentragenden Receptacula), theilweise mit einfachen, sporenbildenden Endkolben versehen.

Der Vf. hält diesen Pilz für einen selbständigen Parasiten mit grossen Sporen. Behandlung: Compressen mit Spir. camphoratus, dann Seife und Jodtinctur.

Majocchi. Ueber eine neue Trichophytose: „Granuloma trichophyticum". (Bull. della R. Acad. M. di Roma, Oct. 1883. — Ann. univ. di Med. Dec. 1883.)

Majocchi schildert eine neue Art von Trichophytose der behaarten Haut, verschieden von Sykose und Kerion Celsi, mit runden Geschwülsten von normaler Hautfarbe, schmerzlos, nicht schuppend, von einer farblosen Areola umgeben, halb Wallnuss gross, elastisch, dann weich und selbst fluctuirend gleich Abscessen. Es sollen diese Geschwülste das letzte Stadium einer Eruption von Herpes tonsurans darstellen und von herpetischen Plaques begleitet sein. Es handelt sich dabei nach M. um eine durch den Pilz verursachte Folliculitis oder Perifolliculitis. Histologisch sind die Charaktere eines subcutanen Granuloms, junge Granulations-Zellen mit Gefässen und Riesenzellen — Tuberkelmassen ähnlich vorhanden. In der Mitte solcher Plaques ist stets ein trichophytisches Haar oder ein Pilzfilament zu finden. Es scheint also nach der Ansicht des Vf. der Pilz in diesen Fällen in die Lederhaut eingedrungen zu sein und zwar durch die Haarfollikel und Talgdrüsen.

Parsons. Ueber Tinea versicolor. (Brit. med. Journ. März 1884.)

Parsons empfiehlt für Pityriasis versicolor die Auftragung oder zarte Einreibung von präcipitirtem Schwefel mittelst der Finger, dreimal täglich. Der Vf. rühmt die Vorzüge dieser Methode vor den anderen Schwefelpräparaten.

Syphilis.

Gonorrhoische Processe.

Welander. Einige Untersuchungen über die pathogenen Mikroben der Blennorrhagie. (Nord. med. Arkiv, Bd. XVI. Nr. 2, 1884.)

Welander fand die von Neisser als specifische Organismen der Gonorrhöe entdeckten „Gonococcen" in allen Fällen, welche er daraufhin untersuchte. (129 Fälle von acuter und 15 Fälle von chronischer Urethroblennorrhöe bei Männern, 79 Fälle von Blennorrhöe bei Weibern.) In 25 Fällen konnte Verf. nebst dem inficirten auch das inficirende Individuum auf Gonococcen untersuchen, und vermisste dieselben in keinem Falle. Impfungen mit verschiedenen bacterienhaltigen, aber nicht von Tripper herrührenden eitrigen Secreten (Balanitiseiter, Vaginalsecrete etc.) in die Urethra von gesunden Männern blieben stets erfolglos, hingegen war mit geringen Mengen von Trippereiter die Affection mit Sicherheit zu übertragen. In 4 Fällen wurden die Gonococcen auch in periurethralen und lymphangitischen Abscessen nachgewiesen. Im Vaginalsecrete mit Urethrablennorrhöe behafteter Frauen fanden sich Gonococcen nur in 10 Fällen, während sie niemals im Secret aus der Urethra fehlten. Das klare schleimige Secret der Bartholinischen Drüsen wurde in 12 Fällen untersucht; es enthielt keine Gonococcen, aber andere Formen von Organismen. In 5 Fällen von acuter Bartholinitis enthielt das eitrige Secret keine Coccen und die Abscesse heilten in wenigen Tagen aus, hingegen wurden in 21 Fällen von eitrigem Ausfluss aus dem Ausführungsgange der Bartholinischen Drüse die Coccen jedesmal gefunden. Derartige Fälle erscheinen Verf. für die Uebertragung der Ansteckung beim Coitus viel gefährlicher, als jene, bei welchen die Gonococcen auf das Secret der Urethra allein beschränkt bleiben.

Während Bockhardt angibt, dass die Gonococcen, wenn sie in der Fossa navicularis angekommen sind, zwischen die Epithelzellen eindringen und auf diesem Wege bis in die Lymphbahnen der Mucosa gelangen, hebt Verf. besonders hervor, dass es ihm gelungen sei, schon kurze Zeit nach der Infection in dem aus der Urethra durch Drücken und Streichen gewonnenen Secret mit Coccen vollgepfropfte Epithelialzellen zu finden. Er hält auf Grund dieses Befundes Bockhardt's Anschauung von dem Zustandekommen der Infection für irrig und stützt auf diesen Befund die Berechtigung einer Abortivbehandlung des Trippers. v. Frisch.

Davies-Colley. Ueber acuten gonorrhoischen Rheumatismus. (Guy's Hospital Reports Bd. XLI. London 1883.)

Davies hat sich überzeugt, dass articulärer Rheumatismus genitalen Ursprungs auch bei Männern, nicht wie er früher glaubte, nur bei Weibern vorkomme und behauptet weiter, dass derselbe nicht nothwendig gonorrhoischen Ursprungs sei. Die von ihm beobachteten Fälle betrafen mehrmals gravide Individuen und fast stets frisch deflorirte Mädchen oder junge Frauen, die von der Affection befallenen Männer waren gleichfalls in jüngeren Jahren. In ätiologischer Hinsicht konnten ausser urethraler und vaginaler Blennorrhöe auch Balanitis und nicht virulente Urethritiden und Leukorrhöen nachgewiesen werden. Die Krankheit beginnt nach Verf.'s Erfahrungen mit einem polyarticulären Rheumatismus, um indess schon nach wenigen Tagen sich mit besonderer Heftigkeit, wie der Verf. ausdrücklich angibt, vorzugsweise auf das Ellbogengelenk zu werfen; zuweilen complicirt sie sich noch mit einer Endo- und Pericarditis. In den von D. gesehenen Fällen handelte es sich nicht um eine einfache Synovitis, sondern stets um einen besonders in den fibrösen Geweben localisirten und erst secundär auf Synovialis und Knorpel übergehenden Entzündungsprocess, der sich zunächst durch Anschwellung, Hautröthe, Oedem, heftige Schmerzen und leichtes Fieber kund that und mit phlegmonösem Erysipel, Bursitis, Lymphangitis, Phlebitis etc. verwechselt werden kann.

Struppi. Ueber Tripperrheumatismus. (Wiener med. Presse Nr. 37—41, 1883.)

Struppi hat 8 Fälle von Tripperrheumatismus beobachtet. Derselbe soll nur dann als Complication auftreten, wenn der Trip-

per den Compressor urethrae überschritten und die Pars prostatica inficirt hat, nie bei einer auf die vordere Harnröhre beschränkten Affection. Bei den 8 Fällen traten die ersten Zeichen der Gelenkentzündung zwischen der 5. bis 10. Woche der bestehenden Gonorrhöe auf. Meist wird nur 1 Gelenk, gewöhnlich das Knie befallen. In drei Fällen unter den 8 war ausser dem Knie auch die Synchondrosis sacro-iliaca und das linke Kiefergelenk, beide jedoch nur gering und vorübergehend afficirt; in 3 Fällen war gleichzeitig Epididymitis, und zwar auf derselben Seite vorhanden. Fieber sowohl wie Schmerzen sind bei dieser Erkrankung weit geringer als beim gewöhnlichen Rheumatismus acutus, ersteres fehlt auch ganz. Oefters tritt Ophthalmie im Zusammenhange damit auf, während Complicationen von Seiten des Herzens fehlen. Ein einmal überstandener Tripperrheumatismus lässt bei neuer Harnröhrenaffection mit Sicherheit ein Recidiv des Rheumatismus erwarten, und zwar genügt dazu die durch irgend welche Reize veranlasste Exacerbation einer alten chronisch-gonorrhoischen Erkrankung des prostatischen Theils. Mit Eintritt des Rheumatismus hört der Ausfluss ganz auf oder wird sehr gering, um später wieder zu erscheinen.

Die Therapie soll das Fortschreiten der Urethritis auf die Pars prostatica verhindern. (Das ist in der Regel nur ein frommer Wunsch. A.)

Was den Tripperrheumatismus selbst betrifft, räth Verf. Aussetzen der Tripperbehandlung, Bettruhe, kalte Umschläge und 2—3 Tage lang 5—6 Gr. Natr. salicylic. pro die, später Einreiben von Jod-Jodkaliglycerinlösung, Massage und hydropathische Einwickelung.

Kammerer. Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung. (Centralbl. f. Chr. Nr. 4, 1884.)

Kammerer berichtet über zwei Fälle von Gelenkentzündung im Gefolge von Tripper aus der Klinik von Kraske in Freiburg.

1. Fall. Ein 32 Jahre alter Müller erlitt am 5. September 1883 Abends, indem er von einem Kammrad gefasst, herumgeschleudert und aus einer Höhe von 6—8 Fuss auf den Boden geworfen wurde, eine ausgedehnte Zermalmung der Weichtheile des Unterschenkels mit Fractur beider Knochen dicht unter dem Kniegelenk. Die Amputation des Oberschenkels nach Carden wurde Tags darauf ausgeführt. Abends Temp. 40·0. Schmerzen im rechten Knie. Geringer Erguss im Gelenk.

Am nächsten Morgen die Schmerzhaftigkeit bei der Palpation und die Menge des Ergusses ausserordentlich gewachsen. Die Harnröhrenmündung leicht geröthet, indessen ein Ausfluss nicht zu constatiren. Der Kranke läugnete, an einer Gonorrhöe gelitten zu haben. Die Punction lieferte ein reichliches, stark eitrig getrübtes Exsudat, welches keine Spur einer Blutbeimengung aufwies. Die Untersuchung (Hartnack Oc. III. homogene Immersion II., Abbé'sche Beleuchtung, Vergr. 850) ergab nun das Vorhandensein von Mikroorganismen, die in jeder Beziehung den von Neisser beschriebenen Trippercoccen glichen. Die Coccen waren verhältnissmässig gross, meist zu zweien in Semmelform angeordnet und deutlich gegen einander abgeplattet. Auch waren hier und da einzeln gelegene Coccen zu erblicken, und dann stellten dieselben mehr rundliche Gebilde dar. An wenigen Stellen lagen sie zu Haufen von vieren neben einander. Die Zahl der Coccen war keine grosse. Hatte man günstig eingestellt, so waren in dem Gesichtsfeld höchstens 3—4 Paar zu erblicken. In keinem der zahlreichen Präparate wurden dieselben aber vermisst. Die Diagnose, dass es sich um eine gonorrhoische Gelenkaffection handle, wurde am nächsten Tage noch sicherer, als sich bei der nochmaligen Untersuchung der Harnröhre ein spärlicher Ausfluss, wie beim Nachtripper, zeigte. Auch in diesem wurden die gleichen Coccen nachgewiesen, hier aber in grosser Anzahl und durch alle Eigenschaften charakterisirt, die den Trippercoccen zugeschrieben werden. 13 Tage nach Beginn der Gelenkaffection, 12 Tage nach der Punction stieg die Temperatur ziemlich plötzlich auf 39·5° C. Eine Untersuchung des Gelenkes ergab, dass sich ein Erguss von Neuem eingestellt hatte. Das durch die Incision entleerte Exsudat war noch stärker eitrig getrübt, als das durch die Punction gewonnene, es konnten in demselben jedoch trotz sorgfältigster Untersuchung keinerlei Mikroorganismen mehr nachgewiesen werden.

Nach der Incision und Drainage schlossen die Wunden sich schnell. Der Kranke wurde dann mit einem festen Verbande behandelt.

2. Fall. Eine 22 Jahre alte Köchin klagte seit zwei Tagen über beträchtliche Schmerzen im rechten Knie. Das Gelenk war bei der Palpation sehr schmerzhaft, doch war nur ein mässiger Erguss nachzuweisen. Die Kranke führte ihr Leiden auf einen Schlag gegen die Vorderfläche des Kniegelenks zurück, den sie etwa eine Woche vorher durch ein ihr aus der Hand fallendes kupfernes Gefäss erlitten

hatte. Trotz des comprimirenden Verbandes hatte sich der Gelenkerguss wesentlich vermehrt. Das Gelenk war prall gefüllt und äusserst schmerzhaft. Die anderen Gelenke waren frei, am Herzen nichts zu constatiren. Am 26. Sept. Punction. Der entleerte Gelenkinhalt war stark eitrig getrübt, keine Beimengung von Blut. Eine Untersuchung der Genitalien zeigte, dass Pat. an einem specifischen Fluor litt. Einige Tropfen des von der stark gerötheten Harnröhrenmündung entnommenen eitrigen Ausflusses wurden in ähnlicher Weise wie beim ersten Fall einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen, und wurden in dem reichliche Eiterzellen enthaltenden Secret die specifischen Trippercoccen gefunden. Die Kranke gestand später auf Befragen, sich mehrfach der Gelegenheit zur gonorrhoischen Infection ausgesetzt zu haben.

Die mikroskopische Untersuchung des Gelenkinhalts, der wie beim ersten Fall in einem sorgfältig gereinigten Gefäss aufgefangen war, ergab jedoch ein negatives Resultat. Trotz der sorgfältigsten Durchmusterung vieler Präparate konnten keinerlei Mikroorganismen, speciell keine Trippercoccen in demselben aufgefunden werden. 14 Tage später, nachdem die Punctionsöffnung schon längst geheilt war, erhielt Pat. einen Wasserglasverband, der 3 Wochen liegen blieb und mit welchem sie herumging. Nach Abnahme desselben wurde mit passiven Bewegungen begonnen und die Kranke sehr bald entlassen.

Verf. erwähnt des von Petrone beschriebenen ähnlichen Falles (Revista clin. 80) und führt weiter aus, dass auf das Fehlen von Mikroorganismen in der Gelenkflüssigkeit, abgesehen davon, dass drei positive Fälle bekannt sind, kein zu grosses Gewicht gelegt werden dürfe. Es komme nämlich offenbar sehr viel darauf an, in welcher Zeit nach dem Auftreten des Ergusses die Untersuchung vorgenommen wird, da die Trippercoccen sicher sehr bald in dem Exsudat der gonorrhoischen Gelenkentzündung zu Grunde gehen und dann nicht mehr, oder vielleicht nur noch in dem Gewebe der Synovialis gefunden werden können.

Auf welchem Wege die Coccen in die Gelenke kommen, dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen: auf der Blutbahn. Petrone gebe sogar an, im Blute die Tripperorganismen gesehen zu haben. Dass ein Eindringen von Trippercoccen von der inficirten Schleimhaut aus in die Blutwege nur recht selten und unter uns unbekannten Ver-

hältnissen geschieht, dafür spreche bei der grossen Häufigkeit des Trippers das sehr seltene Auftreten der sogenannten Trippermetastase der Gelenke. Verf. hält es für sehr wohl möglich, dass das Trauma in seinen Fällen die Gelegenheitsursache abgegeben hat, dass durch dasselbe wenn auch nur geringgradige Veränderungen im Gelenk hervorgerufen wurden, die dann den später von der Urethralschleimhaut aufgenommenen Trippercoccen einen günstigen Boden für ihre Entwickelung bereiteten. Anlangend die Therapie, so werde gewiss in den milder verlaufenden Fällen, in denen Fieber und Schmerzen fehlen oder wenig ausgesprochen sind, eine Behandlung mit fixirenden Verbänden, Resorbentien etc. zum Ziele führen. Ist der Verlauf hingegen ein sehr stürmischer, die Füllung der Gelenke eine sehr pralle, das Fieber hoch und die Schmerzhaftigkeit eine excessive, so sei die Punction und Auswaschung der Gelenke zu empfehlen.

Mc Chesney. Sublimat gegen Gonorrhöe. (Therapeut. Gaz. Dec. 1883.)

Mc Chesney hat in 7 Fällen von Tripper eine Sublimatlösung (1 Gramm auf 6 Unzen Wasser, d. i. nahezu 1 : 3000) alle 4 Stunden einmal nach Ablauf des acuten Stadiums injicirt, angeblich mit sehr gutem Erfolge.

Borchheim. Pulsatilla gegen acute Nebenhoden-Entzündung. (Journ. of cut. and ven. Diseases, April 1884.)

Borchheim wendet gegen Epididymitis die Tinctura Pulsatillae an, 2 Tropfen stündlich. Dabei soll das Liegen im Bett überflüssig sein, die Schmerzempfindung bald schwinden und nur ein Suspensorium getragen werden.

Primäre venerische Geschwürsbildungen.

v. Hebra. Abortive Behandlung weicher Schanker. (Wiener med. Presse 14, 1884.)

v. Hebra empfiehlt die Anwendung der Salicylsäure bei weichen Schankern. Meist genüge 2—3tägige Application der Salicylsäure, um den virulenten Charakter der Ulcerationen zu beseitigen; der noch zurückbleibende Substanzverlust heile dann unter Auflegen einer indifferenten Salbe nach 24 bis 48 Stunden. Ist die Suppuration

nicht sehr beträchtlich, so genüge es vollkommen, alle 24 Stunden einmal den Salicylsäurepulver-Verband zu erneuern; bei beträchtlicher Eiterung soll der Verbandwechsel Früh und Abends erfolgen. Jedesmal ist gründliche Reinigung des Gliedes in lauem Wasser vorzunehmen. Schon nach Ablauf eines Tages sieht man dabei, dass sich das Geschwür mit einem weisslichen Schorfe bedeckt, während die Umgebung intensiver geröthet erscheint. Diese Röthung nimmt in dem Grade zu, als die gesunde Haut mit Salicylpulver in Contact kam. Nach Ablauf des dritten Tages ist der Schorf schon ziemlich mächtig und es muss mit der Anwendung des Pulvers ausgesetzt werden. Nun legt Verfasser Unguentum emolliens, auf Leinwand gestrichen, auf. Der weissgelbliche Schorf stösst sich meist in einem halben Tage ab, und man hat dann eine lebhaft roth gefärbte, wunde Stelle vor sich, die nach dem Vf. innerhalb weiterer 2—3 Tage verheilt ist. Unter diesem Verfahren erfolgt die Reinigung der Geschwüre und der complete Verschluss der Substanzverluste gewöhnlich in 4—6 Tagen. Diese Methode ist vollkommen schmerzlos. Der grösste Vortheil liegt nach dem Verfasser in der Vermeidung der Entwicklung von Bubonen (? A). In keinem einzigen der vom Verfasser in vorstehender Weise behandelten Fälle (10) kam es zu Bubonenbildung.

Oedmansson. Beiträge zur Frage der Excision der syphilitischen Primäraffection. (Nordiskt Medicinskt Arkiv, 4, 1883.)

Oedmansson hat in 28 Fällen die Excision der syphilitischen Primäraffection ausgeführt. Er ist dabei in folgender Weise vorgegangen: Nach sorgfältiger Reinigung des Operationsfeldes wurde die Sclerose mit einer Arterienpincette gefasst und sodann eine ziemlich grosse Hautfalte mit einer krummen Scheere so weit abgetragen, dass man annehmen konnte, der Schnitt sei in vollständig gesundem Gewebe geführt worden; sodann wurde die Wunde mit einer $2^1/_2$% Carbollösung gewaschen und die Ränder mit Ausnahme von zwei Fällen durch Nähte vereinigt.

Die Dauer der Incubation war ganz unsicher in 12 Fällen. In 9 Fällen hatte der Coitus 12—13, 20—22, 24 (in 2 Fällen), circa 30, 32, wahrscheinlich 32, 32—33 und ungefähr 35 Tage vor dem Auftreten der Primäraffection stattgefunden. In 4 Fällen konnte die Incubationsdauer mit Sicherheit auf 22—26, 29, 30 und 32—34 Tage fixirt werden. In einem Falle dauerte die Incubation nur 4 Tage

nach der bestimmten Behauptung der Kranken. In einem anderen Falle war der syphilitischen Primäraffection mit Sicherheit, in einem weiteren Falle wahrscheinlich ein einfacher Schanker vorausgegangen.

Die Excision wurde vorgenommen innerhalb einer Woche nach Ausbruch der Primäraffection in 7—8 Fällen, innerhalb zwei Wochen in 18—19 Fällen; nach diesem Termin in 7—8 Fällen, während für zwei weitere Fälle der Zeitpunkt nicht genau bestimmt werden konnte.

In 15 Fällen heilte die Wunde vollständig oder fast vollständig per primam intentionem, unvollständig in 3 Fällen. In 3 Fällen rissen die Nähte ein und in 2 Fällen vereinigten sich die Wundränder nicht. In allen Fällen, bei denen die Heilung nicht per primam erfolgte, wurde der Wundverlauf ein günstiger. Niemals trat eine entstellende Narbe auf.

In 10 Fällen blieb die Narbe weich, in 12 Fällen trat eine neue Induration auf, während in 6 Fällen die Narbe erst nach längerer Zeit eine gewisse Härte nachweisen liess und stets an der Oberfläche sich excoriirte.

In 5 Fällen waren nur in inguine die Drüsen geschwellt. Zwei Fälle wurden nach dieser Richtung nicht untersucht. In den übrigen 21 Fällen fanden sich Drüsenschwellungen an einer oder mehreren Körperstellen: in 18 Fällen auf einer oder auf beiden Seiten des Halses, in 11 Fällen hinter den Ohren, in 11 Fällen in der Achsel, in 6 Fällen am Ellbogen und in 1 Fall am Nacken. In 4 Fällen konnte eine von constitutioneller Syphilis abhängige Modification der Drüsen, so lange dieselben vom Verfasser beobachtet wurden, nicht constatirt werden. In 5 Fällen war die Untersuchung unvollständig. In den übrigen 9 Fällen wurden während der Beobachtungsperiode weitere Drüsenschwellungen nachgewiesen: 14mal am Halse, 8mal hinter den Ohren, 8mal am Nacken, 6mal in der Achsel und 5mal am Ellbogen.

In 2 Fällen trat nach der Operation eine Lymphangioitis am Penis auf nach dem Wiederauftreten einer Sclerose. In 7 Fällen entwickelten sich die constitutionellen Symptome langsamer als gewöhnlich. Wenn auch diese Erscheinung nicht selten ist, so muss doch das Verhältniss dieser Fälle zu den anderen hervorgehoben werden.

In 26 Fällen trat constitutionelle Syphilis auf. Bei zweien derselben waren die Symptome sehr unbedeutend. In 1 Falle liess sich der Kranke 3 Wochen nach der Excision, respective 5 Wochen nach dem Auftreten der Primäraffection nicht mehr sehen. Die Operations-

wunde war vollkommen verheilt und die Narbe weich geblieben. Nach ungefähr 4 Monaten kam das Individuum wieder und theilte mit, dass es die ganze Zeit vollkommen gesund gewesen war und dass es nur beobachtet habe, dass ihm in der Zwischenzeit zwei Mal ohne bekannte Ursache die Leistendrüsen schmerzhaft angeschwollen gewesen seien. Bei seinem letzten Besuche waren mehrere Drüsen bohnengross, die Narbe war blass und weich. Ein anderer Fall wurde 47 Tage nach dem Auftreten der Primäraffection und 43 Tage nach der Excision beobachtet, ohne dass während dieser Zeit sich das geringste Symptom von constitutioneller Syphilis gezeigt hatte. Die Kranke verliess sodann die Stadt, kam aber nach einem Jahre wieder, wird als Prostituirte regelmässig untersucht und hat bisher kein Symptom von Syphilis aufgewiesen. Sie behauptet während ihrer ganzen Abwesenheit gesund gewesen zu sein, was auch der Fall zu sein scheint, da sie während dieser Zeit stets unter polizeilicher Aufsicht gewesen ist. Obgleich Vieles dafür spricht, dass in diesen 2 Fällen keine constitutionelle Syphilis aufgetreten ist, so wagt doch der Verfasser diese Behauptung nicht mit voller Sicherheit aufzustellen, weil die Beobachtungszeit unmittelbar nach der Operation nicht lang genug war.

Zwei Kranke sind nach der ersten Behandlung nicht mehr erschienen. Ein Fall kann nicht berücksichtigt werden wegen der Kürze der Zeit, die seit seiner Behandlung verflossen. Von den übrigen 23 Fällen, die continuirlich beobachtet wurden, konnten in 5 Fällen durch 2—3½ Jahre keinerlei syphilitische Symptome nachgewiesen werden nach der ersten leichten Attake und ihrer Behandlung. Dasselbe gilt für einen anderen Fall für eine Zeitdauer von 18 Monaten, wenn man der Behauptung der Kranken trauen darf. In 2 Fallen waren die Symptome höchst unbedeutend. Wenn die 2 Fälle hinzugenommen werden, bei denen die Entwicklung der Syphilis vielleicht aufgehalten worden ist, so kann man nach dem Verfasser wohl sagen, dass der Verlauf der Syphilis in 10 Fällen von 35 kein gewöhnlicher gewesen ist. Es kann dies ein Zufall sein, aber es muss nachdrücklich bemerkt werden, dass in allen den angeführten Fällen die Krankheit einen sehr milden Verlauf gehabt hat.

Das Verfahren der Excision, das vornehmlich durch Auspitz eingeführt worden sei, verdient nach dem Verfasser weiter erprobt zu werden. Die Chancen, durch dieses Mittel die Entwicklung der Syphilis zu unterbrechen, scheinen wohl sehr schwach zu sein, aber es ist

unmöglich, gegenwärtig diese Wirkung mit Vernunftsgründen gänzlich läugnen zu wollen, wie viele Autoren es gewollt haben. Der Vorschlag Bumm's, gleichzeitig die Inguinaldrüsen zu exstirpiren, ist von seinem Standpunkte aus vollkommen gerechtfertigt, aber es ist wenig wahrscheinlich, dass dies das Resultat modificiren wird, wohl aber ist es sicher, dass man oft Drüsen entfernt, welche mit der Primäraffection nichts zu thun haben. Aber selbst wenn es sich zeigen sollte, dass die Excision die Entwicklung der constitutionellen Syphilis nicht zu hindern vermag, oder dass dies nur in Ausnahmsfällen möglich ist, so wird man doch auf grosser Basis und durch einen langen Zeitraum hindurch die Wirkung der Excision auf den Verlauf der Krankheit beobachten müssen. Man wird nach Oe. sehr viel gewonnen haben, wenn man eines Tages vollständig bewiesen haben wird, dass durch die Excision die Syphilis milder verläuft und Hüter, vor Allen aber Auspitz werden sich um das Wohl der Menschheit für ihre Initiative in dieser Sache wohl verdient gemacht haben.

Ravogli. Die Excision des harten Schankers. (The Cincinnati Lancet and Clinic 8. Dec. 1883. — Vortrag gehalten in der Cinc. Ac. of med. 12. November 1883.)

Ravogli berichtet über drei von ihm vorgenommene Excisionen harter Schanker mit vollständigem Erfolge und einen mit Wiederkehr der Verhärtung.

1. Fall. Am 15. Sept. 1882 kam zum Vf. ein Herr mit hartem, halberbsengrossem Präputial-Schanker nahe dem Sulcus links, welcher seit 5 Tagen bestanden und 9 Tage nach dem Coitus aufgetreten sein soll. Keine Leistendrüsenschwellung. Excision mit der Scheere gemacht, die Wunde mit 2 Stichen vernäht. In 5 Tagen Heilung per pr. int. — Keine weiteren Folgen bis heute.

2. Fall. Excision eines harten, halberbsengrossen Schankers an derselben Stelle wie im 1. Falle, der 12 Tage nach dem Coitus aufgetreten war, nach 6tägigem Bestande am 31. März 1883. Ebenfalls keine Drüsenschwellung. 4 Tage nach der Operation die Wunde geheilt. Keine weiteren Folgen.

3. Fall. Am 23. Mai kam ein Kranker mit Schankerinduration, welche 14 Tage nach dem Coitus aufgetreten war und seit 3 Tagen nach bestand. Keine Drüsenschwellung. Excision. Heilung p. p. int. in 6 Tagen. Keine weiteren Folgen.

4. Fall. Am 23. October 1883 kam ein Kranker mit einem scharf umschriebenen, harten Schanker am inneren Vorhautblatte nahe dem Sulcus, welcher 14 Tage nach dem Coitus, 2 Tage vor der Excision, welche sogleich vorgenommen wurde, aufgetreten war. Nach einigen Tagen trat auf der nicht geheilten Wundfläche neuerdings Verhärtung auf.

Der Vortragende gelangte zu folgenden Schlüssen:

1. Die Excision des harten Schankers ist eine sehr leichte und unschädliche Operation.

2. Wenn sie frühzeitig genug, zur Zeit wo die Lymphdrüsen noch nicht afficirt sind, vorgenommen wird, kann sie das Depôt des syph. Giftes zerstören.

3. Die Operation ist angezeigt, wenn der Schanker nicht das Gewebe der Eichel ergriffen hat, leicht entfernt werden kann und keine hässlichen Narben zurücklässt.

4. Die Excision hat, wenn sie erfolglos geblieben, keinen weiteren Einfluss auf die Entwicklung des Syphilisprocesses.

Zur Contagienlehre der Syphilis.

Purjesz sen. Nicolaus Leonicenus auf dem Gebiete der Syphilidologie. (Virchow's Archiv Bd. 95, Heft 2, 1883.)

Purjesz erzählt von dem 1497 erschienenen Buche des Nicolaus Leonicenus: „Liber de epidemia, quam Itali morbum gallicum vocant". Dieses Buch, das der 71jährige Verfasser nach vielseitigen anderen Werken aus den Gebieten der Philosophie und Medizin, wenige Jahre nach dem Beginn der grossen Epidemie geschrieben hatte, zeige trotz der noch geringen Zahl eigener Beobachtungen doch viele Vorzüge vor den Arbeiten späterer und mehr erfahrener Aerzte. Hieher gehören die Capitel über das Alter der Syphilis, das Leonicenus weit zurückdatirt; über die gänzliche Verschiedenheit von Lepra und anderen zur Zeit bestehenden Hautleiden; über die höchst wahrscheinlich contagiöse Natur der an sich epidemischen Krankheit, über die primär auftretende Papel oder Pustel, über die nicht immer identischen Manifestationen der Syphilis, den Mangel des Fiebers als diagnostisches Kennzeichen, über die anderen unbekannt gebliebenen Erkrankungen der Drüsen, der Schleimhäute, des Sehorganes, über die Arthralgien.

Barduzzi. Die Mikroben der Syphilis. (Gazz. degli ospidali Nr. 12, 1884.)

Barduzzi hält gleich Klebs, Aufrecht, Birch-Hirschfeld, Bergmann einen Micrococcus für die Ursache der Syphilis, welcher von den Lymphgefässen aufgenommen werden, dort wachsen und sich vervielfältigen, dann die Drüsen und das umgebende Gewebe infiltriren und sich so im Organismus verbreiten soll.

Die Untersuchungen beziehen sich auf einen Fall von syphilitischem Pemphigus. In der aus den Pemphigusblasen genommenen und sofort in Glasröhren hermetisch verschlossenen opalisirenden Flüssigkeit fanden sich zahlreiche unbewegliche Coccobacterien, ausserdem zahlreiche Mikrococcen. Die Bacterien bestanden aus Reihen kleinster Zellen, ihr Durchmesser betrug circa 0,00071 Mm. Sie waren blass mit wenig scharfem Contour und umgeben von einem hellen Saum. Der Längsdurchmesser der Zellen war kleiner als der tranversale. Ihre Verbindung unter einander war sehr locker, sie trennten sich leicht und präsentirten sich dann als einzelne oder zu 2 und 3 vereinigte Mikrococcen. Ausserdem fanden sich in der trüben gelblichen Flüssigkeit der Blasen viele Eiterkörperchen, die zum Theil kleine Kerne zeigten, zum Theil mit Bacterien erfüllt waren und deshalb granulirt aussahen. Die Coccobacterien färbten sich ziemlich gut mit der Mischung von Ehrlich und Koch. Jedoch war keinerlei Färbung nothwendig, um sie deutlich und in grosser Zahl wahrzunehmen. Den geschilderten Bacterien schreibt Verf. die Bildung der Pemphigusblasen und der anderen Läsionen zu, welche die Mundschleimhaut des Kranken darbot. Dieselben Elemente wurden wiederholt sowohl in den neu sich bildenden Blasen als auch im Blute gefunden. Eben so gelang es, sie in syphilitischen Geschwüren und secundären pathologischen Produkten bei nicht behandelten Kranken stets in grösserer oder geringerer Menge nachzuweisen.

Injection des Blaseninhalts rief bei Kaninchen und Meerschweinchen Abscesse und Drüsenanschwellungen hervor, in denen sich dieselben Bacterien fanden. Verf. hat sie in den Blasen des nichtsyphilitischen Pemphigus nicht angetroffen. Von Culturversuchen wird nicht berichtet.

Zur Symptomatik der Syphilis.

Pauly. Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstricturen. (Centralblatt für Chirurgie Nr. 17, 1884.)

Bei einem 39jährigen Manne mit heftiger Dyspnoë fand Pauly das Velum von ausgedehnten Narben durchzogen und an die hintere Rachenwand vollkommen angewachsen; die Uvula ein kleinfingerdicker an der Basis narbig eingeschnürter, zolllanger Zapfen, im Rachen die von Trendelenburg, Schech und neuerdings von Lublinski (s. diese Vierteljahresschr. p. 649, 1883) beschriebene ringförmige, narbige Pharynxstrictur, in Form einer weissen Membran, die sich von der Zungenbasis zur hinteren Rachenwand horizontal ausspannte und den Aditus ad laryngem et oesophagum bis auf eine extramediane, erbsengrosse Oeffnung vollkommen verschloss; selbstverständlich war dieselbe auch dem Finger erreichbar und von diesem leicht abzupalpiren. (Syphilis wird geläugnet, ist aber doch zweifellos die Ursache.) Therapie: Incision mit Tobold's geknöpftem Messer nach Tracheotomie, und Dilatation mit Schrötter'schen Röhren (Knopfloch hinter der Uvula).

Nach Spaltung des Narbencylinders ist die Epiglottis aufgerichtet, seitlich zusammengedrückt, sonst aber ganz normal zu sehen; der Larynx erweist sich, von Injection abgesehen, ganz gesund. Die Spitze der seitlich zusammengedrückten Epiglottis verbirgt sich unter einem horizontalen, 2 Ctm. langen concaven dünnen Narbenrande an der Zunge, welcher die Basis eines glattnarbigen Dreiecks bildet, das etwa die Gegend der Papillae vallatae einnimmt. Dieser Befund erklärt das Zustandekommen der sonderbaren, colossalen Ringstricturen des Pharynx. Dieselben werden dann entstehen, wenn sich mit den Ulcerationen der hinteren und seitlichen Rachenwand gleichzeitig Affectionen des hinteren Zungengebietes verbinden. Aus den 19 bisherigen Beobachtungen geht hervor, dass die Pharynxaffectionen stets sehr ausgedehnt gewesen sind; mehr oder weniger complete Verwachsungen des Velums mit der Rachenwand sind in allen Fällen notirt. Dazu käme als gleichzeitig vorhanden eine wohl zweifellos gummöse Affection des hinteren Theiles der Zunge, die freilich, wie Virchow (Geschw. Bd. II. pag. 440) betont, nur aus klinischen Erfahrungen bekannt sei.

Der hier mitgetheilte laryngoskopische Befund der Zungenbasis

lasse es wünschenswerth erscheinen, jeden Fall von ausgebreiteter Pharynxsyphilis zu laryngoskopiren, da wohl prophylaktisch solche fatale Pharynxstenosen sich verhüten lassen.

I. **Neumann.** Ueber syphilitische Muskelentzündung. (Vortrag, geh. in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 15. Febr. 1884, siehe „Anzeiger" Nr. 17, 1884.)

Nach I. Neumann wurde früher die syphilitische Erkrankung der quergestreiften Muskeln für eine sehr seltene und nur veralteter Lues zukommende Erkrankung angesehen. Die genauere Kenntniss derselben sowie die Erfahrung, dass auch in den früheren Stadien constitutioneller Syphilis die Musculatur erkranken kann, sei ein Verdienst der Neuzeit. Insbesondere lenkte die Muskelverkürzung die Aufmerksamkeit auf sich und Ricord und Zeissl gaben eingehende Schilderungen dieser der tertiären Syphilis zukommenden Erkrankung. Man lernte zwei Formen syphilitischer Muskelerkrankung kennen, die diffuse, dem recenteren Stadium angehörige und die circumscripte, gummöse, als Spätform auftretende Myositis. Letztere ist sehr schmerzhaft, uneben, kugelig, wächst rasch und erreicht oft einen bedeutenden Umfang. Zu syphilitischen Erkrankungen prädisponirt sind der Biceps brachii et femoris, Pectoralis, Masseter, Gemelli, Rectus abdominis, Glutaei. Die Diagnose ist oft schwierig und gibt durch Verwechslung mit anderen Neoplasmen zu operativen Eingriffen Anlass.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der syphilitischen Muskelentzündung sind gleich denen der Muskelerkrankungen im Allgemeinen wenig bekannt.

Zwei Fälle syphilitischer Myositis gaben dem Vortragenden Gelegenheit, die histologischen Veränderungen zu studiren. Dieselben stellen sich dar als eine von den Gefässen des Perimysium internum ausgehende, kleinzellige Infiltration, Vermehrung des Bindegewebes, Auseinanderdrängung der Muskelbündel, die anfangs noch intact sind, dann aber ihre Querstreifung verlieren, aufquellen, zerfallen.

Der 25jährige Pferdeknecht P. J. wurde am 29. Mai 1883 mit recenter Lues, Sclerose, maculo-papulösem Syphilid aufgenommen. Bald nach der Aufnahme wandelten sich die Papeln successive in Knoten und Rupia um und 18 Wochen post infectionem entwickelten sich im Extensor digit. commun. des rechten Unterschenkels, im Masseter linkerseits, sowie im Radialis internus, Supinator longus des linken Vorder-

armes, im linken Biceps femoris langsam und schmerzlos bis apfelgrosse Knoten ohne jede Functionsstörung. Der erste derselben zerfiel, legte die Musculatur des Extensor digit. frei, die zur Untersuchung verwendet wurde, die übrigen resorbirten sich bis auf einen noch bestehenden nussgrossen Knoten im Biceps femoris.

Im zweiten Falle hatte ein Gumma über der linken Schulter die Musculatur des Deltoideus freigelegt.

Der Vortragende weist schliesslich noch auf den ersten Fall hin, der durch frühzeitige Entwicklung der Gummata (18 Wochen post infectionem), Fehlen von Schmerz und Functionsstörung und Verlauf ein Unicum bildet.

In der Discussion hebt Kassowitz hervor, dass er bei syphilit. Kindern häufig Veränderungen an den Muskeln beobachtete, die aber stets auf die Insertionsstellen der Muskeln beschränkt waren und mit Veränderungen des Knochens an der Verbindung der Epi- und Diaphyse zusammenhingen. Er konnte sich auch überzeugen, dass letztere häufig auf den Bandapparat und in manchen Fällen auch auf die Sehnen übergreifen und dann wahrscheinlich die Ursache der bei solchen Kindern plötzlich auftretenden Pseudoparalysen sind. K. beobachtete in einzelnen Fällen auch Contracturen und zwar fast immer an den unteren Extremitäten, während die oberen pseudoparalytisch waren. Er vermuthet, dass die Contracturen vielleicht auf die erwähnte Affection der Muskelinsertionen zurückzuführen seien; diese Functionsstörungen wichen auch unter einer antisyphilitischen Behandlung in ziemlich kurzer Zeit.

Kaposi beobachtete bei Kindern häufig einen pseudoparalytischen Zustand ohne gleichzeitige Schmerzen oder Contracturen, welcher mit dem Ausbruche des Exanthems wieder schwand und auf eine Veränderung der Muskelinsertionen wohl nicht zurückgeführt werden könne, sondern vielleicht auf einer Affection des Centralnervensystems beruhe. K. fragt den Vorredner, ob er auch Aehnliches gesehen habe.

Kassowitz antwortet, dass er einen solchen, dem Ausbruche des Exanthems vorangehenden Zustand nicht beobachtete; freilich habe er zumeist nur Kinder mit ausgeprägt syphilitischen Erscheinungen vor sich gehabt.

Billroth glaubt, dass Schmerzhaftigkeit und Contractur mehr durch eine Affection der Muskelinsertionen bedingt sei. Wenn ein Muskel so infiltrirt ist, dass er schmerzhaft wird, so muss die Infil-

tration schon bedeutend sein, und dann könne dieselbe auch nicht so rasch schwinden.

Neumann erwiedert, dass zum Zustandekommen einer Functionsstörung nicht immer Entzündung des Muskels nothwendig sei. Mauriac habe vielmehr bereits darauf hingewiesen, dass rasch entstehende und bis zu vollkommener Paralyse führende Myalgien ebenso rasch wieder vergehen und keine anatomisch nachweisbaren Veränderungen, höchstens Hyperämie und seröse Durchtränkung darbieten. Ebenso können frühzeitig durch auf den Muskel ausgeübte Reize, ganz analog der Haut, Reizinfiltrate entstehen, die aber immer im Muskelbauche, nicht an dem Sehnenansatze sitzen.

Finger berichtet als Beweis, dass auch Periostitiden durch reflectorische krampfhafte Muskelcontraction Pseudoanchylosen erzeugen können, über einen Fall, in dem neben recenter Lues, Sclerose und Roseola sich Periostitiden an der Stirne, dem Sternum, dem Oberarmkopf und dem Rand der Cavitas glenoidea der rechten Schulter entwickelten und durch die bei der leisesten Bewegung erzeugten Schmerzen in der rechten Schulter eine vollständige krampfhafte Immobilisation des rechten Oberarmes bedingten.

Proksch. Zur Syphilis des Nervensystems; ein historischer Beitrag. (Wiener med. Blätter, VII. Nr. 10—12, 1884.)

Proksch erbringt den geschichtlichen Nachweis, dass die pathologisch-anatomischen Kenntnisse über die selbstständige Erkrankung der einzelnen Theile des Nervensystems durch Syphilis nicht erst aus dem laufenden Säculum stammen, wie dies sehr häufig (unter Anderen auch von Virchow und Zeissl) geglaubt wird; sondern dass schon unsere Vorfahren aus den vergangenen Jahrhunderten mit der Hauptsache des Gegenstandes ganz wohl vertraut waren. Sogar die syphilitische Erkrankung der Gehirnarterien wurde bereits von dem grossen Morgagni im Jahre 1761 (also nicht, wie O. Heubner meint, von Valdemar Steenberg zuerst im Jahre 1860) vollkommen klar und deutlich beschrieben.

Minkowski. Primäre Seitenstrangsclerose nach Lues. (Aus der med. Klinik des Prof. Naunyn zu Königsberg. — Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XXXIV. Hft. 4, 1884.)

Die von Minkowski veröffentlichte Krankengeschichte eines Falles von Naunyn's Klinik ist wegen der primären Erkrankung der

Seitenstrangbahnen des Rückenmarkes von Interesse. Eine 19-jährige Arbeiterin, 1881 mit syphilitischen Secundärerscheinungen aufgenommen; Schmierkur. Nach einigen Monaten wieder Exanthem; nach einer zweiten Schmierkur geheilt entlassen. Seitdem entwickelt sich eine Lungenphthise, in den letzten Monaten 1881 zugleich Schwäche der unteren Extremitäten, Zittern beim Gehen. Bei der Aufnahme (1882) Unmöglichkeit zu gehen; bei Führung unsicherer, schleppender Gang, Zittern der unteren Extremitäten. Sensibilität intact. Sehnenreflexe erheblich gesteigert. Alle Bewegungen activ und passiv ausführbar. Obere Extremitäten nicht wesentlich betheiligt. Blase und Mastdarm intact. Unter Schmierkur Besserung der Motilitätsstörung und Abnahme der Intensität der Sehnenphänomene, Abnahme des Tremor der unteren Extremitäten — dabei Fortschreiten der Phthise, die im Juli 1882 zum Tode führte.

Das Rückenmark zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung eine Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen und der Kleinhirnseitenstrangbahnen von der Pyramidenkreuzung an bis ins Lendenmark; im letzteren und im Dorsalmark genau den betreffenden Territorien an Ausdehnung entsprechend, im Cervicalmark besonders links an Intensität abnehmend. Hierin erblickt der Verf. den primären Vorgang (analog der spastischen Spinalparalyse von Erb). Weiterhin fand sich geringe Abnahme der Zahl der Ganglienzellen in den Clarke'schen Säulen und in der medialen vorderen Gruppe der Vorderhörner in der Cervicalanschwellung. Für den Zusammenhang mit Lues ist nach dem Verf. der anatomische Charakter der Erkrankung nicht beweisend, wohl aber der Einfluss der Behandlung auf das Rückenmarksleiden.

Voigt. Syphilis und Tabes. (Berliner klinische Wochenschr. Nr. 3. 1883.)

Entgegen seiner früheren, auf 44 Tabesfälle gestützten Ansicht, spricht sich Voigt, nachdem er 76 neue Fälle untersucht hat, für die Annahme von Erb, Howers, Fournier aus: dass die Tabes früher Syphilitischer eine durch die Lues direct hervorgebrachte Erkrankung sei. Zu dieser Sinnesänderung bestimmte ihn die Beobachtung, dass der grösste Theil seiner Kranken (62 von 76) zuvor an Syphilis litt; dass die Tabes in der Mehrzahl der Fälle (in 44 Fällen) in einem ziemlich bestimmten Zeitraume — von 4—13 Jahren —

nach der luetischen Infection eintrat; dass in diesen Fällen die Syphilis fast ausnahmslos von mildestem Verlaufe, die Behandlung derselben eine wenig eingreifende war, so dass von einer Constitutionsschwächung nicht gut die Rede sein könnte. Den Haupteinwand der Gegner, dass die antisyphilitische Behandlung Tabetischer erfolglos sei, hält Voigt nicht für erwiesen. Er habe gleich Erb, Berger u. A. trotz schon vorgeschrittener Degeneration Besserungen durch Mercur und Jod erzielen können, wo andere Kurmethoden ganz im Stiche gelassen hatten. Er verzweifelt nicht daran, bei frühzeitigster energischer Behandlung Heilungen zu erzielen. Darum müsse man vor Allem auf die frühesten Zeichen achten: einmal auf die lancinirenden Schmerzen in ihren verschiedenen Formen und Schattirungen; und dann auf die Störungen der Schmerzempfindung (Verminderung derselben, Verlangsamung ihrer Leitung), die sich schon bei noch ganz intactem Tastgefühl einstellen können.

Möbius. Ueber Tabes bei Weibern. (Centralblatt für Nervenheilkunde VII. Jahrg. Nro. 9, 1884).

Möbius schildert 5 Fälle von Tabes bei Weibern, von denen bei 4 sicher Syphilis vorausgegangen war und macht hiezu folgende Bemerkungen:

Syphilis in der Vorgeschichte der Weiber ist schwer zu entdecken, weil die Weiber noch mehr als die Männer sich scheuen, eine Infection einzugestehen, und weil in sehr vielen Fällen die Infection so wenig deutliche Folgen hat, dass die Inficirten nichts von ihr wissen und kein Zeichen sie später verräth. Syphilis ist bei nicht prostituirten Weibern viel seltener als bei den Männern, etwa 8—9 Mal nach Fournier. Tabes ist bei Weibern selten, etwa 10 Mal seltener als bei Männern. Trotz alledem ist bei einem grossen Theil der tabeskranken Weiber frühere syphilitische Infection nachzuweisen. Er halte es für durchaus gerechtfertigt, auch in den von Erb als zweifelhaft bezeichneten Fällen eine Infection anzunehmen, dann hatte Erb unter 13 Fällen 9 mit früherer Syphilis. Vf. hatte unter 5 Fällen 4 solche. In den genauer beschriebenen Fällen (4 von ihm, 1 von Bernhardt) fand sich ausser der Infection keine andere Krankheitsursache. In ihnen trat die Tabes 4—7 Jahre nach der Infection auf. In ihnen war die Syphilis nie in schwerer oder gar bösartiger Form aufgetreten, vielmehr meist äusserst mild verlaufen, ein Umstand, der

das Gewicht der positiven Fälle vermehrt und ebenso wie der vorhergehende die Uebereinstimmung der Verhältnisse bei tabeskranken Weibern und Männern zeigt.

Einem Plaidoyer für den wahrscheinlichen bacteriellen Ursprung der Tabes fügt der Verf. Einiges über die Rolle der Erblichkeit bei Tabes hinzu. Er habe wohl zuerst nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Tabes insofern zu den Neurosen im Gegensatz stehe, als bei ihr die erbliche Belastung eine sehr geringe Rolle spielt. Er fand unter 61 Fällen nur einen, in dem ein Familienglied an Tabes gelitten hatte, nur 6, wo anderweite Nervenkrankheiten (Lähmungen, Epilepsie, Nervosität) in der Familie vorgekommen waren. Auch Erb hat neuerdings betont, dass die directe Heredität für die typische Tabes so gut wie keine Bedeutung habe, dass ebensowenig die neuropathologische Belastung häufig vorkomme. In 16 Fällen von 24 fehlte die letztere vollständig. Aehnlich spricht sich Strümpell in seinem Lehrbuche aus. Von französischer Seite jedoch (Ballet und Landouzy) ist neuerdings das Gegentheil behauptet worden.

Oppenheim. Ueber Aetiologie der Tabes. (Berl. Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankh. Sitzung vom 10. März 1884.)

Auch Oppenheim hat 86 Fälle von Tabes (56 Männer und 30 Frauen) bezüglich der Aetiologie eingehend untersucht. Die von den Anhängern der Syphilis-Tabes gemachte Beobachtung, dass viele Kranke ihre syphilitischen Antecedentien verschweigen, konnte er nicht bestätigen. Seine Patienten waren nicht so schüchtern. Oft wurde sogar eine frühere syphilitische Infection zugegeben, die sich hinterher als etwas ganz Harmloses entpuppte.

Syphilitische Infection jeder Art wurde geläugnet in 51 Fällen. Es folgen 9 Beobachtungen, in denen reine Ulcera vorhanden waren, die als weiche zu bezeichnen sind. In 6 Fällen wird eine frühere Infection zwar geläugnet, doch scheint sie wahrscheinlich. 11 Male hat ein Ulcus bestanden, das als durum angesehen werden muss. Endlich sind 9 Fälle zu verzeichnen, in welchen der primären Affection secundäre Symptome und zwar der leichtesten Art folgten. In 2 Fällen hatte schon vorher Reissen in den Extremitäten bestanden.

Was die anderen Factoren, welche als ätiologische Momente der Tabes angesehen zu werden pflegen, betrifft, so spielen die sexuellen Momente keine hervorragende Rolle. Des Vortragenden Statistik

spricht nicht für eine Entstehung der Tabes aus geschlechtlichen Ausschweifungen.

Heredität: In 50 Fällen konnten nur 5 Mal hereditäre Momente constatirt werden.

Die Erkältungen werden häufig als Ursache angeschuldigt. Selten wird eine einmalige intensive Erkältung erwähnt. Gewöhnlich handelt es sich um Personen, die Jahre lang oder sehr häufig den Einwirkungen der Kälte ausgesetzt sind. Unter des Vortr. Fällen kam diese Aetiologie 30 Mal vor.

Alkoholismus tritt als ursächlicher Factor in den Hintergrund. Strapatzen und Anstrengungen werden häufiger angeschuldigt. Einmal hat sich die Erkrankung im Anschluss an ein Trauma und einmal im Anschluss an eine Leuchtgasvergiftung entwickelt.

Die Zusammenstellungen der Autoren mit ihren differirenden Resultaten ergeben, dass Syphilis und andere Momente zu derselben Erkrankung des Nervensystems führen, und dass wir es dem Symptomenbilde nicht ansehen können, aus welcher Ursache sie entstanden ist.

Discussion. Herr Bernhardt: Ohne die Syphilis als Ursache der Tabes ansehen zu wollen, müsse er doch bemerken, dass es ihm aufgefallen sei, dass bei überraschend vielen Leuten, die tabeskrank sind, früher eine syphilitische Infection bestanden habe.

Herr Lewin: Ihm sei es unklar, wie Fournier zu so vielen Tabeskranken gekommen sei. Bei ihm sei dies nicht der Fall. Nicht Jedem, der sage, dass er syphilitisch gewesen sei, dürfe man Glauben schenken. Viele Leute haben Quecksilber bekommen, ohne dass jemals ein Ulcus durum bestanden. Dennoch habe er eine Anzahl Kranker gehabt mit allen Erscheinungen der Syphilis und als letztes Glied der Erscheinungen Tabes; aber es waren auch noch andere Ursachen vorhanden. Ein Officier kam wegen Tabes in Behandlung, nachdem er eine antisyphilitische Kur durchgemacht, aber auch in letzter Zeit (bei Orleans) auf dem Pferde förmlich angefroren war, so dass er nicht absteigen konnte. Bald darauf entwickelte sich die Tabes. — Therapeutisch habe bei allen Fällen die antisyphilitische Kur keine Erfolge. Die Quecksilberkur schade nur. — Es verdiene auch noch angeführt zu werden, dass ein Tabeskranker, der syphilitisch gewesen war, lange in einem Zimmer gewohnt hatte, dessen Tapeten stark arsenikhaltig waren.

Herr Westphal: Oppenheim und Bernhardt sind also zu

dem Resumé gekommen, dass die verschiedensten Ursachen vorangegangen und schliessen, dass die verschiedensten Ursachen die Tabes zur Folge haben können. Ich ziehe daraus den Schluss, dass keine der genannten Ursachen die Tabes veranlasst. Wir müssen einfach gestehen, wir kennen die eigentliche Ursache der Krankheit nicht. Herrn Bernhardt's Zahlen (12 Fälle) sind zu kleine Zahlen, als dass man aus ihnen Schlüsse ziehen kann. Unbegreiflich bleibt es, wie Erb aus den Augenmuskellähmungen Schlüsse auf den syphilitischen Ursprung ziehen will. Vortr. habe ferner darauf hingewiesen, dass die pathologische Anatomie keinen Zusammenhang erkennen lässt. Bei der Unmasse von Autopsien, die gemacht werden, finde man fast niemals Erscheinungen von Syphilis. Wenn die Lues bei den Tabetikern so häufig ist, würde doch auch einmal ein anderes Organ als das Rückenmark etwas davon abbekommen haben. — Was das statistische Material betrifft, so muss man nur wissen, wie Anamnesen aufgenommen werden. Schliesslich könnte man auch den Erfolg mit herbeiziehen. Derselbe sei immer ein negativer. Niemals sei ein Fall durch eine Quecksilberkur geheilt worden.

Herr Remak: Erb hatte in London erwähnt, dass er unter 8 Fällen 3 mit parenchymatösen Veränderungen gefunden habe. Er bitte die Discussion über diesen wichtigen Gegenstand auf die nächste Sitzung zu verschieben, um über seine eigenen statistischen Erhebungen berichten zu können. Es müsste bei dieser Frage überhaupt erst festgestellt werden, wie viele Syphilitische an Tabes erkranken. Von Reumont liegen neuere Untersuchungen vor. Allerdings seien da Fälle, die er geheilt hat, gar nicht Tabes gewesen.

Herr Lewin: Er habe 800 Fälle von Syphilis mehrere Jahre genau verfolgt und nach vielen Jahren seien von diesen nur 5 auf die Nervenabtheilung gekommen.

Ueber Syphilis congenita.

Kassowitz, Ueber Vererbung und Uebertragung der Syphilis. (Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XXI, 1883.)

Kassowitz berichtet über die Fortschritte, welche diese schwierige Frage seit seiner bekannten Arbeit (1875) gemacht hat, und stellt fest, dass nun allgemein anerkannt sei, dass, wenn ein Kind die Syphilis mit zur Welt bringt, oder die Erscheinungen dieser

Krankheit nach der Geburt, ohne Infection per oder post partum, entwickelt, es den Ansteckungsstoff — theoretisch betrachtet — nur in zweierlei Weise in sich aufgenommen haben kann: entweder im Momente der Zeugung durch die das Contagium enthaltende väterliche oder mütterliche Keimzelle; oder nach der Zeugung durch den Uebergang des Giftes aus der Blut- und Säftemasse der kranken Mutter auf den sich innerhalb des Uterus entwickelnden neuen Organismus; und es könne sich nur mehr darum handeln, welche von diesen beiden theoretischen Möglichkeiten den Thatsachen entspricht, und ob vielleicht beide Arten der Uebertragung neben einander alternativ Platz greifen können. An diese Hauptfragen knüpfen sich dann allerdings noch einige Controversen zweiter Ordnung, von denen insbesondere die Frage, ob ein durch die väterliche Keimzelle inficirter Fötus die Krankheit durch die placentare Saftströmung auf die gesunde Mutter überträgt, eine grössere Bedeutung für sich in Anspruch nehmen kann. Alle diese verschiedenen Momente werden nun der Reihe nach erörtert.

Wir müssen in dieser Beziehung auf die interessante Schrift selbst verweisen und können an dieser Stelle nur die Schlussfolgerungen anführen, welche der Autor aus den seither publicirten Erfahrungen gezogen wissen will:

I. Die Möglichkeit directer Vererbung der Syphilis vom Vater her auf den Fötus gehört zu den fest constatirten wissenschaftlichen Thatsachen.

II. Was zunächst den Uebergang der Syphilis von dem kranken Fötus zu der gesunden Mutter und den Gesundheitszustand jener Mütter, welche nicht von aussen her inficirt worden sind, betrifft, so lautet das Resultat des Vf., wie folgt:

1. Es ist vollkommen sichergestellt, dass in einer sehr grossen Zahl von Fällen Frauen, welche von syphilitischen Männern syphilitische Kinder geboren haben, während einer durch viele Jahre fortgesetzten Beobachtung absolut keine Erscheinung der syphilitischen Erkrankung dargeboten haben.

2. Wenn die Vererbung von väterlicher Seite wegfällt, gebären dieselben Frauen, welche einige Jahre früher syphilitische Früchte in ihrem Uterus ernährt haben, gesunde Kinder.

3. Sowohl die klinische Beobachtung, als auch die bisher vorgenommenen experimentellen Impfungen beweisen, dass die Mütter hereditär syphilitischer Kinder gegen eine syphilitische Infection ent-

schieden weniger empfänglich sind, als andere Individuen. Gleichwohl sind auch bei jenen einige Fälle von Infection sichergestellt.

4. Die Angaben der Autoren über nachweisbar syphilitische Erkrankung einiger Mütter ohne vorhergegangenen Primäraffect lauten in hohem Grade widersprechend, und sind überhaupt nur für sehr wenige Fälle wissenschaftlich zu verwerthen. Die Sicherstellung eines solchen Vorkommens muss einer weiteren exacten Forschung anheimgestellt werden.

5. Die Scheidewände des fötalen und mütterlichen Blutgefässsystems bilden demnach in einer grossen Anzahl von Fällen ein Hinderniss für den Uebergang des syphilitischen Contagiums vom Fötus zur Mutter, und es ist bisher noch nicht genügend sichergestellt, ob dieses Hinderniss in einzelnen Fällen nach dieser Richtung hin durchbrochen werden kann.

III. Was endlich die Infection im Uterus betrifft, stellt der Vf. fest, dass in einer sehr beträchtlichen Anzahl von Fällen Frauen, die entweder sicher während der Gravidität syphilitisch geworden sind, oder wenigstens bei der Entbindung die Zeichen einer frischen allgemeinen Infection darboten, gesunde Kinder geboren haben, dass also in diesen Fällen das im Blute der Mutter circulirende Contagium trotz des besonders in den letzten Schwangerschaftsmonaten ungemein lebhaften Säfteaustausches zwischen Mutter und Fötus dennoch nicht in die Circulation des letzteren eindringen konnte. Weiter aber behauptet der Verf. gegenüber einer Anzahl jüngst bekannt gewordener Fälle (M. Zeissl, Hudson, Vajda, Behrend, Engel), dass die Placenta auch in der Richtung von der Mutter zum Kinde als Filtrum dienen muss, welches in der Regel das syphilitische Contagium nicht passiren lässt und nur in relativ seltenen Fällen unter noch unbekannten Verhältnissen dennoch einen Uebergang des Contagiums in die Säfte des Fötus gestattet.

Jedenfalls gehe aber aus alledem hervor, dass im Vergleiche zu der überaus häufigen Uebertragung der Syphilis durch die vergiftete Ei- oder Samenzelle der Infection des Fötus in utero im besten Falle nur eine secundäre Rolle zugewiesen ist.

Zum Schlusse stellt K. zwei wichtige theoretische Schlussfolgerungen auf, dahin gehend:

1. Dass das syphilitische Gift in einer grossen Zahl von Fällen an den Scheidewänden des fötalen und mütterlichen Kreislaufes Halt

macht, und dieselben trotz des durch mehrere Monate fortgesetzten lebhaften Austausches der Ernährungssäfte nicht überschreitet und

2. dass derjenige von den beiden Organismen, welcher trotz des placentaren Säfteaustausches von der Syphilis verschont geblieben ist, einen hohen Grad von Immunität gegen die syphilitische Infection erlangt. (Eine weitere Discussion dieser Darlegungen wird zunächst zu erwarten sein. A.)

Michelson. Zum Capitel der hereditären Syphilis. (Einiges Nähere über den Fall Ranke's. — Monatshft. f. Derm. Nr. 12, 1884.)

Der für die Lehre von der hereditären Syphilis überaus wichtige Fall von Ranke ist bisher nur in Form eines kurzen Referats über eine der Naturforscherversammlung in Kassel (1878) gemachte Mittheilung vor das Forum der Wissenschaft gebracht worden:

Der Vater, 30 Jahre alt, vor circa 11 Jahren inficirt, ist 9 Jahre ohne Symptome. Seit 3 Jahren verheiratet, zeugte er im ersten Jahre der Ehe ein syphilitisches Kind, welches nach mehrmaligen Calomelkuren genas. Die Mutter blieb bis nach der zweiten Entbindung gesund. Das zweite Kind, am Ende des dritten Jahres geboren, erkrankte in der zweiten Woche an maculösem Exanthem und Mundgeschwüren. Während des Säugens dieses Kindes entwickelte sich an der linken Mamilla der Mutter aus einer kleinen Rhagade ein exquisiter harter Schanker, gefolgt von einer sehr heftigen Roseolaeruption. Eine Schmierkur brachte vorläufig Heilung; ein späteres Recidiv wurde in gleicher Weise behandelt. An dem Manne sowie an dem Kinde sind während der Beobachtungszeit, vom siebenten Monat der zweiten Schwangerschaft an, absolut keine krankhaften Symptome bemerkt; ein Absaugen der Milch durch eine dritte Person hat nicht stattgefunden.

Dieser Bericht wird nun durch Michelson im Sinne einer Zuschrift Ranke's durch folgende Punkte ergänzt:

1. Die Diagnose der hereditären Syphilis bei dem erstgeborenen Kinde stützt sich ausschliesslich auf anamnestische Daten (Mittheilungen des Vaters, Vorlegung der von dem früher behandelnden Arzte für das Kind verschriebenen Recepte). Dieses Kind soll zwar neben anderen deutlichen Erscheinungen der Lues auch Geschwüre an den Mundwinkeln gehabt haben, ist aber von der Mutter nicht genährt, sondern mit der Flasche aufgezogen worden.

2. Bereits vor der Geburt des zweiten Kindes liessen sich in beiden Achselhöhlen der Mutter einige wenig empfindliche Drüschen constatiren, die mit einer unter der Hängebrust entstandenen leichten Intertrigo in Zusammenhang zu stehen schienen. Im übrigen ergab eine sehr sorgfältige, während der Gravidität ausgeführte Untersuchung absolut keine Anhaltspunkte für die Diagnose der Syphilis. — Nach dem Auftreten des harten Schankers in der Mamilla schwollen die Axillar-Drüsen der linken Seite zu einem ansehnlichen Packete an. Nunmehr traten unter ziemlich hohem Fieber schmerzhafte Gelenkschwellungen auf, die anfänglich an den Beginn eines acuten Gelenkrheumatismus denken liessen. Der weitere, in betreff der zeitlichen Aufeinanderfolge der Erscheinungen durchaus typische Verlauf zeigte jedoch, dass es sich nur um Prodromal-Symptome der Eruption eines fast über den ganzen Körper verbreiteten, zuerst an Brust- und Bauchflächen sich zeigenden Fleckensyphilids handelte.

Leloir und **Perrin**. Ueber Syphilis hereditaria tarda. (Ann. de Syphil. et de Derm. pag. 135, IV, 1883.)
Brocq. Derselbe Gegenstand. (pag. 280, IV, 1883.)
Barthélemy. Derselbe Gegenstand. (pag. 437, IV, 1883.)
Lavergne et Perrin. Derselbe Gegenstand. (pag. 442, IV, 1883.)
Fournier. Derselbe Gegenstand. (pag. 485 und 561, IV, 1883.)
Schadek. Derselbe Gegenstand. (Vortrag gehalten in der medicinischen Gesellschaft in Kiew am 22. Octob. 1883. — Medizinsky Wiestnik 1883, Nr. 47, 48, 49, 50. — Aus Medicin. Courier 1883.)

Seit einiger Zeit haben Parrot, dann mehrere englische Forscher und zuletzt Fournier mit grossem Nachdruck die (keineswegs ganz neue A.) Anschauung hervorgehoben und vertheidigt, dass es Spätformen der hereditären Syphilis gebe, die eine grössere Rolle, als bisher geglaubt wurde, besonders der sogenannten Scrophulose der Kinder gegenüber spielen und deren eingehende Charakterisirung von dem letzterwähnten hervorragenden Pariser Syphilidologen in einem jetzt schon angekündigten speciellen Werke gegeben werden soll. Den Anschauungen dieser Forscher haben sich gegenwärtig schon nicht wenige, besonders französische Syphilidologen angeschlossen, von deren einigen wir hier in Kürze Erwähnung thun wollen:

Leloir und Perrin veröffentlichen vier Krankengeschichten, von welchen in der That zwei (3 und 4 der Verf.) kaum anders ge-

deutet werden können. Fall 2 könnte auch als Syphilis acquisita in der Kindheit angesehen werden; bei Fall 1 (Negerin), fehlen Angaben über die Eltern des Kindes. Bei allen Fällen wird die Diagnose hauptsächlich auf folgende Punkte gestützt: Syphilitische Antecedentien bei den Eltern (in den vorliegenden Fällen bei der Mutter), Ernährungsstörungen der Zähne bei den Pat., ferner Narben der Haut, Augen- und Ohrenaffectionen, allgemeines Zurückbleiben des Wachsthums und rasche Heilung unter dem Einfluss specifischer Behandlung. Auch vermehrte Kindersterblichkeit in der Familie (Polyléthalités) und das syphilitische Aussehen der Kranken (? R.) wird hier in Betracht gezogen. Die Verff. glauben, dass häufig Spätformen hereditärer Lues als Scrophulose behandelt werden und empfehlen für alle zweifelhaften Fälle eine specifische Behandlung.

Brocq berichtet über einen Fall von Sarcocele syphilitica und Gummata der Zunge aus der Fournier'schen Klinik: 24jähriger Arbeiter ohne nachweisbare Primärformen, dessen Vater lange Zeit „Plaques“ an den Lippen und dem Anus gehabt hatte. Er übertrug diese auf seine Frau und deren Kind (1 Monat nach der Geburt [1859] wurden sie bei beiden wahrgenommen) — Antisyphil. Behandlung, bald Heilung. Das Kind hatte seither angeblich keine deutlichen Syphilis-Symptome mehr, während der Vater 1860 mit einer allgemeinen Fleckeneruption im Hôp. du Midi behandelt worden ist.

Seit einem Jahre hat nun der Kranke die ulceröse Erkrankung der Zunge, welche theilweise indurirt ist und überdies eine knollige Verdickung des rechten Nebenhodens, darüber eine fluctuirende Cyste von Hühnereigrösse, sonst keine Erscheinungen, Jodkali und Aetzung der Zunge. Nach kurzer Zeit entschiedene Besserung. (Wir lassen es dahingestellt, ob die Diagnose „Syphilis hereditaria tarda“ wirklich in diesem Falle über jeden Zweifel erhaben ist. A.)

Der Fall von Barthélemy, ebenfalls aus der Klinik von Fournier, betrifft einen 15jährigen Knaben mit zerstörtem und narbigem, weichem Gaumen und Zäpfchen, abgeplatteter Nase (seit 7 Jahren Ozaena), Cornealnarben links (seit dem 10. Jahre), Taubheit rechts, (Knochenschwund und Perforation des Trommelfells). Die Mutter des Kindes hatte von ihrem ersten Manne Syphilis erworben, ohne Behandlung geblieben, war dann 5 Jahre lang, also 7 Jahre nach dem Auftreten der Syphilis, gesund geblieben (!) und dann erst, als sie

mit dem in Rede stehenden Kinde schwanger wurde, an heftigen, nächtlichen Kopfschmerzen gelitten, denen nachher Ozaena, Nekrose der Nasenknochen, Zerstörung des weichen Gaumens folgten. Besserung durch Jodkali. 1876 starb sie an Meningitis. Ihr Witwer heirathete 3 Jahre später und erzeugte nach 3 Jahren einen bis jetzt gesunden Sohn. Der in Rede stehende Knabe der früheren Frau war bis zu seinem 7. Jahre angeblich gesund gewesen und erst seit damals an den oben beschriebenen Erscheinungen der Syphilis erkrankt.

Im Falle von Lavergne und Perrin hat eine Frau Syphilis zwei Jahre vor ihrer Schwangerschaft erworben, darauf folgen acht Schwangerschaften, darunter 1 Abortus, 3 Kinder an Syphilis hered. gestorben (Fournier's Polyléthalité in der Familie A.), 3 lebend und gesund. Der älteste der letzten 17 Jahre alt, hatte 8 Tage nach der Geburt Knoten, Ulcerationen circa anum etc. — mit 12 Jahren allerlei Drüsenschwellungen, mit 15 Jahren Knieschmerzen — jetzt Taubheit beiderseits. Perfor. d. Trommelfells links, Keratitis beiderseits, besonders aber links mit fast totaler Trübung; die beiden mittleren unteren, sowie der linke obere mediane Schneidezahn mit der charakteristischen Missformung nach Hutchinson versehen. An beiden Knien Hydarthrose ohne Schmerzhaftigkeit.

Fournier selbst veröffentlicht aus dem schon angekündigten Buche in den Annales de Dermatalogie eine ausführliche Abhandlung über die Beschaffenheit der Zähne bei hereditärer Syphilis, welche wir — als eine klinische abgeschlossene pathologische Darstellung des Themas — nicht hier, sondern seiner Zeit im Zusammenhang mit jener grösseren Studie, deren Theil sie bildet, eingehend beleuchten werden. (A.)

In gegentheiliger Weise spricht Schadek von der Frage der Syphilis hereditaria tarda, die er für nicht genügend bewiesen hält, trotz der Meinung anderer Syphilidologen.

Er gibt zunächst eine historische Uebersicht der entsprechenden Literatur. Im XII. Jahrhunderte wusste man von der Erkrankung an Syphilis des Fötus, vom Abortus, vom Gebären todter Kinder und von den verschiedenen Symptomen der Krankheit bei Neugeborenen, sowie auch von Fällen, die erst nach 1—3 Monaten nach der Geburt Erscheinungen zeigten. Nebenbei wusste man, dass anfangs gesunde Kinder erst nach vielen Jahren die Erscheinungen der späten Form

der Syphilis zeigten. Dann kam Hunter, der die Möglichkeit der hereditären Syphilis bezweifelte, seine Ansichten wurden jedoch mit der Zeit verworfen.

In der ersten Hälfte des XIX. Jahrhunderts sprach man von Fällen, die nicht nur nach 3—4 Monaten, aber selbst nach 5, 8, 12 bis 20 Jahren zum Vorschein kamen. Diese Angaben aber waren nicht genau, Anamnesis unvollkommen und fast ausschliesslich nach den Worten der Kranken gesammelt. Vom Zustande der Gesundheit der Eltern wird oft gar nicht gesprochen, die Symptome sind oft gar nicht der Syphilis entsprechend. Dennoch legen manche Syphilidologen ihnen eine grosse Wichtigkeit bei und gründen selbst darauf eine besondere Form von Syphilis, die 1. eine Incubationsperiode von 4 bis 20 Jahren hat (Ricord in zwei Fällen mehr als 40); 2. deren erste Symptome zur gummösen Form gehören. Sie wurde Syphilis hereditaria tarda genannt und besonders beschrieben. (Lancereaux, Laschkiewitsch, Lewin, Klink, Zeissl, Schwimmer, Grossmann, Bulkley, Barth, Glück, Delavarenne, Berne, Neumann, le Dentu u. A.)

Alle diese Autoren führen Fälle an, wo die Erkrankung sehr spät kam, in der gummösen Form, ohne frühere Erscheinungen oder primäre Infection der betreffenden Kranken. Die Eltern sollen immer früher an Syphilis gelitten haben, was aber nur selten bewiesen ist, oft nur nach den Worten der Kranken. Der Mangel von Spuren von Symptomen an der Haut und Schleimhaut aus früheren Perioden beweist nichts, da schon Virchow bemerkt hat, dass diese Erscheinungen sehr selten Spuren lassen auf längere Zeit. Indessen die erwähnten Autoren gründen ihre Schlüsse eben auf die Anamnese und den Mangel dieser Spuren und halten die gummösen Erscheinungen für die ersten der hereditären Krankheit.

Wie soll man also die Entstehung der Krankheiten in den citirten Fällen erklären und soll man sie zur hereditären oder acquirirten Syphilis zählen?

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Sehr wenige von den erwähnten Fällen muss man zu den Fällen der gewöhnlichen Syphilis hereditaria zählen, namentlich jene, wo die Lues bei den Eltern bewiesen worden war. In diesen Fällen kamen die früheren Erscheinungen entweder noch beim Foetus oder im 1.—3. Lebensmonate in einer sehr leichten Form zu Tage, wurden übersehen oder für andere Krankheiten gehalten. Sie liessen

keine Spuren zurück und erst später kam ein Recidiv in einer gummösen Form.

2. Die anderen Fälle muss man aber als aquirirte Syphilis betrachten, wobei die Infection in der grössten Zahl nicht auf dem gewöhnlichen Wege geschehen war und daher die Induration übersehen wurde, sowie auch die primären Erscheinungen, die in einer leichten Form kamen. Die negativen Antworten der Kranken haben hier keine Bedeutung, da die Symptome wegen der Localisation nicht bemerkt wurden.

Der Verfasser spricht von den verschiedenen Mitteln der Infection, den Coitus ausgenommen (Impfsyphilis, Küsse, Pfeifen, Küchengeschirre, medicinische Instrumente etc.) und von der Schwierigkeit der Diagnose in diesen Fällen, hauptsächlich bei der Localisation auf den Tonsillen, im Schlund und auf der Portio vaginalis uteri, und von der Schwierigkeit der Diagnose bei den Frauen im Allgemeinen. In allen diesen Fällen wird die Diagnose „Syphilis hereditaria“ hauptsächlich gestellt, wenn eines von den Eltern an Syphilis gelitten hat.

Die Lehre von der Syphilis tarda steht aber nach dem Vf. auch im Gegensatze zur allgemeinen Lehre von der Syphilis.

1. Die Incubationsperiode bei Syphilis dauert 3—4 Wochen.

2. Vom Erscheinen der primären Sclerose zur Entwickelung der allgemeinen Erscheinungen vergehen 2—3 Monate. Bei Syphilis hereditaria tarda dagegen soll die Incubationsperiode 18—40 Jahre dauern (?). Es ist schwer zu glauben, dass das Contagium eine so lange Zeit incapsulirt bleibe, hauptsächlich in dem Kinder- und Jugendalter, wo die Thätigkeit der Gefässe so gross ist und wo das Contagium sich sehr schnell im ganzen Organismus verbreiten würde. (Diese etwas oberflächliche Argumentation dürfte kaum ausreichen, der „Syphilis hereditaria tarda“ den Garaus zu machen. A.)

Zur Behandlung der Syphilis.

Smirnoff. Die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Calomelinjectionen. (Habilitationsschrift; Helsingfors 1883.)

Smirnoff gibt in einer Habilitationsschrift zunächst einen geschichtlichen Ueberblick über Scarenzio's Injectionsmethode, die in den anderen Ländern bereits versucht und wegen der leicht

darnach entstehenden Abscessbildung mit Fieber verworfen, in Scandinavien jetzt zuerst von ihm geprüft worden. Hiezu hatte er als Leiter der syphilitischen Abtheilung am allgemeinen Krankenhause seit November 1881 gute Gelegenheit.

Die Hauptaufgabe war, die nach Injectionen von 0,15 bis 0,20 Calomel beliebte Abscessbildung zu vermeiden.

Nach Injection von 0,2 Calomel auf 2 Stellen vertheilt, zeigten sich nun bei Männern 4%, bei Frauen dagegen 35% Abscesse. Deshalb injicirte er bei Frauen je 0,05 Calomel in jede Hinterbacke, wodurch die Abscessbildung bei Frauen auf 10% vermindert wird. Diese vermehrte Abscessbildung bei Frauen schreibt Verfasser dem starken Panniculus adiposus zu. Bei Kindern vor der Pubertät sind Abscesse selten. Dagegen hatte die entstandene Abscedirung nie etwas Beunruhigendes; weder Eitersenkung, Gangrän, noch Fieber wurden beobachtet.

S. schreibt der ausgewählten Stelle (der Glutealgegend) die Garantie gegen unangenehme Zufälle zu. Das einzig Unangenehme ist der Schmerz; derselbe hört aber mit dem Beginne der Fluctuation auf. In der Privatpraxis, wo der Patient sich nicht so ruhig verhält, sind abscedirende Härten häufiger.

Erfolg: Nach 2 Calomelinjectionen ist die Zahl der Recidive bei der Syphilis im I. und II. Stadium 6%. Das Maximum der Behandlung sind 3 Injectionen; 4 Injectionen reichen nach dem Vf. auch für hartnäckige Fälle aus.

Im Gegensatze zu Scarenzio empfiehlt Verf. die Calomelinjectionen auch bei Kindern.

Die Calomelinjectionen riefen bei Schwangeren keinen Abortus hervor. Auch gegen tertiäre Syphilis waren die Resultate im Gegensatze zu den Sigmund'schen sehr günstige.

Bei Periostitis fand Verf. die Calomelinjectionen nicht nützlich. Die wenigen mit ihnen behandelten Cerebralkranken wurden gebessert. Bei der tertiären Syphilis wechselte die Anzahl der Injectionen zwischen 2 und 5.

Verf. ist der Ansicht, dass seine Methode die anderen subcutanen Methoden verdrängen wird.

Methode: 10 Centigramm Calomel in Glycerin suspendirt (im Verhältniss von 1 : 10) werden in beide Gesässgegenden injicirt. Nach 2—3 Wochen wird die 2. Injection gemacht.

Bei Abscessbildung spritze man das 2. Mal 0,05 ein. Nach jeder Injection soll Patient 2—3 Tage ruhen.

Nachtheile: Schmerzen um die Härte in den ersten Tagen nach der Injection. (Kalte Umschläge.) Zuweilen Abscessbildung.

Vortheile: 1. Die Cur ist kräftig. 2. Die Methode leicht und einfach. 3. Die einverleibte Quecksilbermenge ist bekannt. 4. Passt sie für jedes Alter. 5. Magen und Darm bleiben intact. 6. Die Methode ist billig und deshalb geeignet für Hospital- und Armenpraxis.

Schuster. — Aachen.

Pickel. Die Behandlung der Syphilis durch subcutane Jodoforminjectionen. (Inaug.-Diss. Erlangen. 1884.)

Pickel hat unter Leitung von Beckh an dem Nürnberger allgemeinen Krankenhause therapeutische Versuche mit subcutanen Jodoforminjectionen angestellt. Da die bisherigen Versuche Anderer gezeigt hatten, dass eine grössere Dosis gut vertragen wird, so wurden zwei Injectionen pro die applicirt. Bei dem Verhältnisse des Jodoformäthers von 1 : 6 enthält die Injectionsspritze 0,166, also bei einer Doppelinjection 0,33 Jodoform pro die. Die Injectionen wurden ausschliesslich in die Nates gemacht und zwar die 2 Spritzen auf einmal in die nämliche Einstichsöffnung. Es gehört eine gewisse Uebung und Geschicklichkeit, die man sich erst mit der Zeit erwirbt, dazu, um die Injectionen so exact zu machen, dass nichts von der Injectionsflüssigkeit durch Ausströmen an der Einstichsöffnung verloren geht. (Natürlich. A.) In den weitaus meisten Fällen verlaufen die Nadelstiche reactionslos, sind am anderen Tage kaum geröthet. Der Schmerz, der gleich den Einspritzungen als ein heftiges Brennen gefühlt wird, dauert nach der Angabe der meisten Patienten 10 Minuten bis $^1/_2$ Stunde, bei den Frauen sind die Schmerzäusserungen häufiger als bei Männern, allmählich gewöhnen sie sich alle daran.

Zwei Stunden nach der ersten Injection konnte Verfasser Jod im Urin nachweisen, in manchen Fällen erst nach 24—36 Stunden, nach dem 2. Tage zeigte sich Jodreaction constant im Harn.

Die Injectionen werden von den Patienten gut vertragen, nicht ein einziges Mal zeigte sich eine Spur von Intoxication. Das matte fahle Aussehen, wie es Mracek bei der inneren Darreichung beobachtet haben will, konnte Verfasser nicht bemerken, das Aussehen und

Allgemeinbefinden war ein zufriedenstellendes. Auch bei Complicationen mit Magen- und Darmkatarrhen und Pleuritis wurden die Injectionen nicht ausgesetzt.

Nach Schilderung von 12 Krankengeschichten und Anführung statistischer Daten aus seinem ganzen Material gelangt der Verfasser zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Jodoforminjectionen sind im Stande, die primären Symptome rückgängig zu machen, doch ist ihre Wirkung eine langsame und daher der Quecksilberbehandlung nachstehende.

Ob sich dieser Nachtheil nicht ausgleicht durch die bisher beobachteten sehr leichten Recidive, muss weiterer Beobachtung unterstellt werden.

2. Die Wirkung der Injectionen auf die Recidive ist eine unzweifelhaft sehr günstige und rasche; sie werden darin wohl von keiner anderen Methode übertroffen.

3. Die tertiären Formen weichen der Jodoforminjectionstherapie mit raschem Erfolge.

4. Die Jodoforminjectionen haben absolut keine üblen Nebenwirkungen.

Sie lassen sich deshalb auch bei Complicationen mit anderen Krankheiten anwenden; auch von ganz alten Leuten, die bei den tertiären Formen in Betracht kommen, werden sie gut vertragen.

5. Die Jodoforminjectionen besonders in Verbindung mit dem Jodoform-Aetherspray empfehlen sich bei allen Affectionen des Mundes, Rachens und Kohlkopfs, sowie bei der Gegenwart cariöser Zähne.

6. Eine Unterbrechung der Kur wie bei Quecksilberbehandlung wegen Salivation und Stomatitis oder bei Jodkalibehandlung wegen Jodschnupfens findet nicht statt.

7. Die locale Application der Injectionen ist nur kurze Zeit schmerzhaft und ruft nur äusserst selten Abscesse hervor.

Maximilian v. Zeissl. Ueber die Behandlung der Syphilis ohne Mercur. (Habilitationsvortrag.) (Wiener med. Blätter. Nr. 35—37, 1883.)

M. v. Zeissl bespricht die einzelnen, nicht mercuriellen Behandlungsmethoden nach den von H. v. Zeissl ausgeführten Principien.

Einige Momente darunter sind folgende:

1) Die Syphilisation hat nur ein geschichtliches Interesse.

2) Die Kaltwasserbehandlung ist ein ganz gutes Unterstützungsmittel anderer Behandlungsmethoden und ist besonders von günstiger Wirkung bei sehr geschwächten Individuen.

3) Die exspectative Behandlung ist zu empfehlen; sie besteht in Regelung der Diät, localer Behandlung, Fernhaltung aller Reize, welche Localaffectionen hervorrufen können (Rauchen, Unreinlichkeit der Afterkerbe). Sind jedoch schwere syphilitische Erkrankungen (des Centralnervensystems oder des Auges) eingetreten, dann muss man Antiluetica geben. Recidive sind bei exspectativer Behandlung verhältnissmässig selten. (? A.)

4) Die Jodbehandlung wird sehr empfohlen. Dieselbe ist einzuleiten, wenn die Erscheinungen der secundären Periode 8—10 Wochen der exspectativen Behandlung widerstehen. Zu verwenden sind intern Jodkalium, Jodnatrium, Jodeisen, Jodlithium, Jodoform, Jodtinctur.

5) Von den vegetabilischen Mitteln ist Tayuya wirkungslos, Pilocarpin oft von unangenehmer Wirkung; von dem Decoctum Zittmanni dagegen, welches eine Zwitterstellung zwischen den vegetabilischen und rein mercuriellen Mitteln einnimmt, hat Verfasser glänzende Erfolge gesehen. Besonders bei Patienten, die durch eine Quecksilberkur erschöpft (?) seien, und bei welchen Individuen die Syphilis den Jodpräparaten nicht weichen soll.

Wenn nach 8wöchentl. exspectativer und darauf folgender 8wöchentl. Jodbehandlung die Syphilis noch nicht geschwunden ist, dann erst empfiehlt Verf. zum Quecksilber überzugehen, und zwar zur Anwendung der Inunctionskur. Das Liebreich'sche Quecksilberformamid unterscheidet sich nach Verf. in seiner Wirkung durchaus nicht von anderen Quecksilberpräparaten.

Neisser. Zur Syphilis-Behandlung. (Vortrag, gehalten im Aerzte-Verein des Reg.-Bezirkes Breslau am 25. Nov. 1883. — Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 1 u. 2, 1884.)

Neisser setzt nicht den geringsten Zweifel darein, dass ein bacterielles Gift die Ursache der Syphilis sei und hält den evidenten Nachweis dieser Annahme, d. h. die Entdeckung der Syphilis-Bacterien nur für eine Frage der Zeit.

Zur Begründung seiner Annahme beschränkt sich Neisser auf den Hinweis, dass sämmtliche Eigenschaften dieser Krankheit, ihre Infectiösität, ihr Verlauf, ihre Vererbungsfähigkeit u. s. w. durchaus

mit dem Bild einer chronischen Bacterienkrankheit sich im Einklang befinden. Entsprechend obiger Annahme beantwortet Verfasser die Frage: Wann hat die Behandlung zu beginnen, welche Methode soll gewählt werden und wie lange ist die Behandlung fortzusetzen, folgendermassen:

Die Behandlung der Syphilis sei nicht früher als bis die Diagnose auf Syphilis mit voller Sicherheit gestellt ist, zu beginnen, Erst wenn nach mehrwöchentlicher Incubationszeit seit der vermutheten Infection ein Geschwür oder sonstige Infiltrationserscheinungen sich als zweifellosen Primäraffect der Syphilis darstellen, soll die Syphilisbehandlung beginnen. Allerdings würde durch den Nachweis wohlcharakterisirter Bacterien in den Secreten vorliegender Geschwürsformen die Diagnose sofort und dem entsprechend die Therapie ohne weiteres Zuwarten auf nach Wochen auftretende klinische Symptome alsogleich eingeleitet werden können.

Um daher die pathogenen Mikroorganismen so zeitig als möglich vernichten zu können, somit die allgemeine Infection gar nicht zur Entwicklung gelangen zu lassen, sei es nothwendig, gleich den ersten Infectionsherd zu beseitigen. Abgesehen von der Möglichkeit, durch die Beseitigung des primären Bacterienherdes allgemeine Infection zu verhindern, werde der Kranke in Folge der Excision in einigen Tagen von einem Uebel befreit, zu dessen Beseitigung er sonst vieler Wochen bedarf.

Das mangelhafte Resultat der Excision komme daher, dass local eben nicht alles entfernt wurde, was schon krank war, dass also an Ort und Stelle Bacterienkeime zurückgeblieben, welche sich wieder entwickeln und die allgemeine Erkrankung hervorrufen konnten oder dass die operative Entfernung des Infectionsherdes zu spät vorgenommen wurde. Verfasser empfiehlt ferner der Excision des Primäraffectes auch die Exstirpation der primär erkrankten Lymphdrüsen sofort anzuschliessen. Es wäre nach des Verf.'s Ansicht Aufgabe des Arztes alle Affectionen zu beseitigen, bei welchen überhaupt nur die Möglichkeit vorliegt, dass Syphilis im Spiele sei, d. h. also eigentlich immer, sobald die Infectionsquelle nicht sicher syphilisfrei sei.

Bei Vorhandensein von Ulc. molle empfiehlt Verfasser die allervorsichtigste Zerstörung des specif. Ulcus-molle-Giftes vor der Excision.

Ist nun die Excision nicht anwendbar oder liegen sonstige klare Symptome vor, welche die allgemeine Durchseuchung als schon

vorhanden annehmen lassen, so hat sofort die Allgemeinbehandlung der Syphilis zu beginnen.

Jeder Syphilisfall soll so zeitig wie möglich mit Mercur behandelt werden, um die Bacterien zu beseitigen und ihre Reproductionsfähigkeit zu hindern.

Zur zweiten Frage übergehend hält Verfasser die Schmierkur für die beste Methode der Quecksilber-Allgemeinbehandlung und zieht sie der Injectionscur sowie der Application per os und durch Bäder vor. Als Injectionsmittel sei am besten die Müller-Stern'sche Sublimat-Chlornatriumlösung oder das Quecksilber-Pepton. Das Jodkalium sei ein souveränes Mittel bei tertiären Affectionen, es erscheine aber auch als Unterstützungsmittel der Quecksilberbehandlung für die Frühstadien von Werth.

Schliesslich unterscheidet Verfasser bei Beantwortung der dritten Frage solche Fälle, bei denen Recidive auf Recidive folgt und solche, in denen einige wenige gutartig verlaufende Frühsymptome vorliegen, und nachher eine vollständige Gesundheit vortäuschende Zeit absoluter Symptomlosigkeit sich einstellt. In beiden Fällen empfiehlt Verfasser, den Anschauungen Fournier's gemäss, die intermittirende successive Behandlung (Mercurtherapie durch mehrere Jahre mit Pausen von 4, 6, 8 Wochen) mit Mercur, während die Pausen durch Jodkaliumgebrauch eventuell ausgefüllt werden. So werde man am besten den schwersten Formen, der Syphilis der Nervencentren, die Fournier besonders nach leichtesten und darum am wenigsten behandelten Secundärzufällen beobachtete, vorbeugen, so auch die Gefahr der Vererbung in hohem Grade abschwächen. S. Kohn.

Caspary. Zur Syphilis-Behandlung. (Vortrag, gehalten im Vereine für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr., 18. Februar 1884. — Deutsche med. Wochenschrift Nr. 13, 1884.)

Caspary kann die Ansichten Neisser's über Syphilisbehandlung (siehe oben) nicht theilen und die Methode Fournier's weder für ungefährlich noch für sichernd halten, da er die Motivirung beider Autoren nicht für zwingend erachtet. Zunächst könne er nicht beistimmen, wenn Neisser den Eingriff für gleichgiltig und das Quecksilber — natürlich bei sorgsamster Ueberwachung — für unschädlich erklärt. Es sei nicht wahrscheinlich, dass ein Arzneimittel, das so heroische Wirkungen zeigt, indifferent sein könne. Ferner sei es fraglich, ob dasselbe

von Latent-Syphilitischen oder der Art Verdächtigen eben so gut als bei manifest Syphilitischen vertragen werde; denn die Ueberwachung des Mercurgebrauches, welche doch nur auf die Verhütung von Stomatitis, Enteritis, sichtlichem Herunterkommen des Organismus sich beschränkt, sei bei den schleichenden Wirkungen, bei nicht augenfälligen Umstimmungen der Gewebe und Säfte absolut uncontrolirbar.

Wenn auch von einer Anzahl Kranker weit grössere Dosen bei der Schmier- und Injectionskur vertragen werden als gewöhnlich gebraucht werden und als zur Tilgung der Symptome nöthig sind, so warnt Verfasser vor zu hohen Dosen — mit Ausnahme von energischen Kuren in schweren Fällen — nicht nur aus theoretischen sondern auch aus praktischen Gründen, weil er eine ganze Anzahl schwerer erster Recidive, die immer spät auftrat nach solchen Parforcekuren, die an sich anscheinend gut vertragen waren, erlebt hatte. Für so unschätzbar Verfasser den vorsichtig angewandten Mercur bei constatirten Symptomen hält, für ebenso unberechenbar hält er dessen Wirkung bei latentem Zustande der Lues. Verfasser wirft Fournier vor, dass er anscheinend gesunden Frauen, die er von manifest Syphilitischen geschwängert weiss und die er alle gleich den Kindern bedroht glaubt, mit Mercur, das er sonst für gleichgiltig hält, zu behandeln sich scheut. Ist denn die chronische intermittirende Quecksilber-Jodbehandlung, die nach Fournier 3—4 Jahre lang energisch fortgesetzt werden muss, irgend sicher, dass es lohnen möchte, die Inficirten ihrem eventuellen Risico auszusetzen?

Entscheiden könne nur die Erfahrung und nur eine langjährige, da möglicherweise die Recidive nur hinausgeschoben sind.

Bei der Fournier'schen Kur schien dem Verf. eine Individualisirung, eine Anpassung an ein vorhandenes Bedürfniss, eine Controle der Wirkung schwer erreichbar.

Dass die Gefahr der Vererbung darnach sehr verringert sei, gibt Verfasser zu; jedoch glaubt er, handle es sich in erster Linie um die Gesundheit des Patienten und erst in zweiter um seine etwaigen Nachkommen. Verfasser habe nur verschwindend selten hereditär-syphilitische Kinder von den durch ihn Behandelten zeugen gesehen. Seine Grundsätze wären entgegen denen von Neisser folgende: Beginn der specif. Behandlung bei Auftreten der Secun-

därzufälle, Wiederholung nie in der Latenz, sondern nur bei Eintritt von Recidiven.

Neisser sei zur Fournier'schen Methode bekehrt worden durch die Ansicht, dass Bacterien die Träger des Syphilisgiftes seien. Nun ist dieses Verfahren erdacht und ausgeführt worden, als die parasitäre Natur der Lues noch gar nicht discutirt wurde; ferner ist es für den Mercurfreund gleichgiltig, ob ein chemisches oder corpusculär wirkendes Agens die Symptome der Lues hervorrufe. Man gebraucht den Mercur als Antidot, das Schwinden der Symptome ist nicht gleichbedeutend mit Genesung; die Annahme der Latenz giftiger Substanz in Drüsen oder anderen Verstecken (Virchow) ist eine allgemeine. Ob diese Substanz bacillär ist oder nicht, ihre Erreichbarkeit und günstige Beeinflussung scheint deswegen nicht mehr geklärt zu sein. Caspary meint die Prognose der Syphilis am besten zu beeinflussen, wenn er statt der chron. intermittirenden Quecksilber-Jodkur hygienisch-diätetische Vorschriften (Sigmund): „Reinhaltung und Abhärtung der disponirten Haut- und Schleimhäute, gute Diät, gesunde Lebensweise, Abstinenz von allen schwächenden Einflüssen“ empfiehlt.

S. Kohn.

Buchanzeigen und Besprechungen.

The Pathology and Treatment of Venereal Diseases. By Fr. J. Bumstead (†) and Rob. W. Taylor. Fünfte Auflage mit vielen Zusätzen von Prof. Taylor. Mit 139 Holzschnitten und 13 Chromolithographien. Philad. bei Henry C. Lea's Son 1883.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Die vierte Auflage dieser besten aller in englischer Sprache vorhandenen Syphilologien wurde von uns im Jahre 1880 in diesen Blättern besprochen. Nunmehr ist die fünfte Auflage nach Bumstead's Tode von Prof. Taylor allein bearbeitet und in einer Weise durch alles seither angehäufte wissenswerthe Material des Faches, sowie durch vortrefflich ausgeführte chromolithographische Blätter ergänzt worden, dass das Buch heute nach unserer vollsten Ueberzeugung überhaupt keine Rivalität mehr zu scheuen hat, um so weniger, als auch die Darstellung und der Styl sich in der vornehmsten Weise präsentiren. Wir beglückwünschen unsere amerikanischen Collegen zu diesem neuerlichen Beweise des hohen wissenschaftlichen und literarischen Standpunktes, welchen sie heute nach verhältnissmässig so kurzem Ringen einnehmen, und den die Verfasser solcher Bücher, wie das vorliegende, leicht zu behaupten wissen werden.

Atlas des Maladies de la Peau, Dermatologie et Syphiligraphie. Par le Dr. Silva Aranjo, Prof. de Clinique des Mal. syph. et de la peau à la Policlinique générale de Rio de Janeiro etc. I. und II. Heft mit 2 Chromolithographien und einer Lithographie und französischem Texte. Rio de Janeiro 1883. — In gr. 4°; 2 Hefte.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Der vorliegende Atlas der Hautkrankheiten, in Rio de Janeiro in französischer Sprache erscheinend, ist im grossen Massstab ange-

legt. Jedes Heft enthält eine Krankheitsform sammt Illustration von M. L. Rodrigues und erklärendem Text vom Herausgeber, dem bekanntesten und erfahrensten Dermatologen seines Landes, dem die neuesten Forschungen und Anschauungen vollkommen durch eigene Mitarbeit zugänglich geworden sind.

Die vorliegenden zwei Hefte zeichnen sich in der That, was die Illustrationen betrifft, durch grosse technische Vollendung aus (Favus und Herpes tonsurans, Trichomykosis pustulosa barbae sind ihre Objecte). Keiner der bekannten sonstigen dermatologischen Atlanten — es sei denn der klassische von Hebra-Elfinger — ist in Bezug auf die Zeichnungen den zwei bisher gelieferten Heften des vorliegenden Werkes überlegen. Dazu kommt ein Text, der in eingehendster Weise die Krankheitsformen auf Grund eigener Befunde des Autors und der gesammten Literatur erörtert, in einer Art, die durch eine etwas detaillirte und subjective Färbung der Darstellung wirklich anregend wirkt. Das System, an welches sich der Verfasser in der pathologischen Darstellung hält, ist jenes von Auspitz, das er für das unbedingt vorzüglichste erklärt. Die Literatur ist in grösster Genauigkeit überall citirt, die Therapie eingehend erörtert. Das Werk verdient offenbar hohe Werthschätzung, um so mehr, als der Preis desselben (5 Dol. 25 Cs. jedes Heft in Subscription) nicht zu hoch gegriffen erscheint. Wir hoffen nur, dass die weiteren Lieferungen bald den ersten folgen werden.

Varia.

Die Leitung der bisher von Prof. v. Zeissl dirigirten II. Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien ist nunmehr nach dem durch Gesundheitsrücksichten gebotenen Rücktritte dieses Letzteren vom Lehramte definitiv dem Prof. Dr. Auspitz, Director der allgemeinen Poliklinik, Mitgründer und Herausgeber dieser Vierteljahresschrift übertragen worden. Derselbe wird seine klinischen Vorlesungen und Demonstrationen über syphilitische und verwandte dermatologische Krankheitsformen vom Anfang des neuen Schuljahres (October 1884) an im allg. Krankenhause abhalten.

Internationaler medicinischer Congress zu Kopenhagen.

10.—16. August 1884.

Die Dänische Regierung und die vereinigte Dänische Dampfschiffs-Gesellschaft haben den Mitgliedern des Congresses gratis Retour-Billets von Kopenhagen bis an die Grenzen Dänemarks (Fredericia, Kiel, Nykjöbing auf Falster) zugestanden.

Die Herren, die den Weg über Korsör oder Rostock legen, werden ersucht bei ihrer Ankunft in Kopenhagen sich wegen Auskunft über Logis etc. an dasjenige Bureau des Congresses, welches auf der Eisenbahnstation eingerichtet wird, zu wenden. Uebrigens hat man sich behufs jeglicher Auskunft an das Haupt-Bureau in dem Universitätsgebäude, Frue Plads, zu wenden.

Programm der Section für Dermatologie und Syphilis.

Organisations-Comité:

Dr. Haslund, Präsident. — Dr. Pontoppidan, Secretär.

Mitglieder:

Prof. R. Bergh. Dr. Borch. Dr. Engelsted. Dr. N. Holm.

A. Vorbereitete Mittheilungen.

1. Ueber den syphilitischen Ursprung der Tabes dorsalis. Prof. Fournier, Paris.
2. Ueber die Criterien der Heilung von Syphilis. Prof. Köbner, Berlin.
3. Die Behandlung der Syphilis mit mercuriellen Injectionen. Dr. Liebreich, Berlin; Prof. Lewin, Berlin; Prof. Neumann, Wien; Dr. Martineau, Paris.
4. Die Excision der Initialsclerose als abortive Behandlungsmethode. Prof. Pick, Prag; Dr. Jullien, Paris.
5. Die Aetiologie und Pathologie des Aussatzes. Dr. Arm. Hansen, Bergen.
6. Ueber eine neue Systematik in der Hautpathologie. Prof. Schwimmer, Buda-Pest.
7. Die Aetiologie des Lupus vulgaris. Prof. Doutrelepont, Bonn; Prof. Pick, Prag; Dr. Leloir, Paris; Dr. Malcolm Morris, London.
8. Lupus und Tuberculose der Haut. Prof. Kaposi, Wien.
9. Die Pathogenese des blennorrhoischen Rheumatismus.

10. Ueber den Zeitpunkt des Aufhörens der Ansteckungsfähigkeit der Gonorrhoe. Dr. Bockhart, Würzburg.
11. Die Bedeutung der Microorganismen in den früher als nicht parasitär betrachteten Hautkrankheiten. Dr. Unna, Hamburg.

B. Angezeigte Mittheilungen.

1. Dr. Grünfeld, Wien. Ueber Endoscopie.
2. Dr. Martineau, Paris. Syphilis bei Thieren.
3. Prof. Schwimmer, Buda-Pest. Ueber die Beziehungen des Nervensystems zu den Erkrankungen der Haut.
4. Dr. Barthélemy, Paris. Die hereditäre, tardive Syphilis.
5. Derselbe. Die visceralen Manifestationen der Syphilis.
6. Dr. Gouguenheim, Paris. Vergleichung der Behandlung der secundären Syphilis mit Mercur und mit Jodkalium.

Herr Dr. Haslund, Vorsitzender der Section für Dermatologie und Syphilis, theilt mit, dass beabsichtigt wird, nach dem Schlusse des Congresses (17. August) einen Ausflug der Congressmitglieder nach den Lepragegenden bei Bergen in Norwegen zu veranstalten. Derselbe dürfte etwa 2 Wochen in Anspruch nehmen und Dr. Armauer Hansen hat freundlichst zugesagt, bei demselben als Führer zu fungiren. Alle Theilnehmer des Congresses, welche beabsichtigen, diesen Ausflug mitzumachen, werden aufgefordert, sich vor Mitte Juli bei Dr. Haslund, Kopenhagen, anzumelden.

Herr Dr. P. G. Unna, Hamburg, Dammthorstrasse 31 pt., bittet alle diejenigen Fachcollegen, welche chirurgische Instrumente zu dermatologischen Zwecken (zum Schaben, Sticheln, Injiciren, Epiliren, Spray etc., zur Galvanokaustik, Elektrolyse, optische Hilfsmittel etc.) angegeben oder verbessert haben, behufs einer auf dem Congresse von demselben zu veranstaltenden Demonstration der neueren Verbesserungen auf dermato-chirurgischem Gebiete, die betreffenden Instrumente in je einem Exemplar (nebst Gebrauchsanweisung, Preisangabe und Adresse des Fabrikanten) leihweise an untenstehende Adresse einzusenden oder durch ihren Instrumentenmacher einsenden lassen zu wollen.

Hieran anschliessend würde die Einsendung solcher Instrumente zur Harnröhrenchirurgie, welche für den Dermatologen unentbehrlich

sind (zur Urethroskopie, Injection, Dilatation etc.) und durch gewisse Verbesserungen ein besonderes Interesse beanspruchen, sehr erwünscht sein.

Weiter theilt Herr Dr. Unna mit, dass sich die Herren Nyrop, Instrumentenmacher in Kopenhagen, Inhaber der Firma: Camillus Nyrop's Etablissement, freundlichst erboten haben, die betreffenden Instrumente in Empfang zu nehmen, für eine gute Aufstellung, für etwaigen Verkauf und prompte Rücksendung Sorge zu tragen. Er bittet deshalb alle Fachcollegen, welche geneigt sind, derartige Verbesserungen auf dem Congresse zur Demonstration bringen zu lassen, ihre Fabrikanten zu veranlassen, die betreffenden Instrumente (oder wenigstens Abbildungen derselben) unter der Adresse: Camillus Nyrop's Etablissement direct nach Kopenhagen und nicht erst nach Hamburg zu schicken.

Alle bei dieser Gelegenheit demonstrirten Instrumente werden nach Schluss des Congresses sowohl in den Monatsheften für prakt. Dermatologie wie in der Illustrirten Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik (Herausgeber: Dr. Beck in Bern) besprochen und abgebildet werden.

Bibliographie vom Jahre 1883.

Dermatologie.

Drittes Verzeichniss.

Abbott, S. W. Usus and abusus of animal vaccination. — Americ. Public Health Associat. Reports 1882. Boston 1883, VIII, p. 114—122.

Amicis, T. de. L'elefantiasi del pene ed i restringimenti uretrali. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 129—140 u. 2 Taf.

Amicis, T. de. Sulla etiologia e patogenesi delle malattie cutanee. — Rivista clin. e terap. Napoli, V, p. 53—67.

Anderson, M. C. On a unique case of hereditary trichorexis nodosa. — Lancet. London, II, p. 140.

Archer, R. S. A case of empyema, complicating post-scarlatinal nephritis. — Liverpool med.-chir. Journ. III, p. 390—395.

Arloing, Cornevin et Thomas. Études complémentaires sur le charbon symptomatique ou bactérien. — Journ. de méd. véter. et zootech. Lyon, 3 Sér., VIII, p. 393—413.

Armaingaud. Note sur la revaccination des élèves du Lycée de Bordeaux en 1881. — Journ. de méd. de Bordeaux 1882—83, XII, pp. 574, 587.

Ashby, H. On the nature of the so-called scarlatinal rheumatism. — British med. Journ. London, II, p. 514.

Auspitz, H. Zur Therapie der Hautkrankheiten. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, pp. 929, 964.

Auspitz, H. Allgemeine Pathologie und Therapie der Haut. — Handbuch der spec. Pathol. (Ziemssen). Leipzig, XIV, 1 Hälfte, p. 137—298.

Azéma, Mazaé. La variole à l'île de La Réunion; origine, évolution, prophylaxie. Nouv. édition. Paris, 8°, pag. 192.

Babes, V. Observations sur la topographie des bacilles de la lèpre dans les tissus et sur les bacilles du choléra des poules. — Arch. de physiol. norm. et pathol. 2 Sér., II, p. 41—51 u. 1 Taf.

Baker, S. On the treatment of non-specific ulcers of the leg. — Med. Record. New-York, XXIV, p. 120.

Balzer. Parasitisme des glandes sébacées. — Compt. rend. de la soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7. Sér., III, p. 168—170.

Barduzzi, D. Dermatologia propedeutica, ossia avviomento allo studio delle malattie cutanee. Milano, 1882, 16°. (Piccola Biblioteca med. contemp.)

Barduzzi, D. Sull' etiologia parassitaria della lebbra. — Giornale ital. delle mal. veneree. Milano, XVIII, p. 140—145.

Bardwell, E. O. Some remarks of scarlet fever. — Transactions of the Med. Soc. of Pennsylvania. Philadelphia. XV, p. 251 bis 255.

Barker, A. E. J. Naevus of the rectum prowing fatal in the adult from haemorrhage. — Proceedings of the Roy. Med. and Chir. Soc. of London. 1882—83, N. S., I, p. 114.

Barrs. A case of scarlet fever with complete relapse. — Lancet. London, II, p. 102.

Barnes. Case of purpura haemorrhagica. — British med. Journ. London, II, p. 432.

Barouchas, N. *'Ανακοίνωσις ἐκθέσεως αὑτοῦ πρὸς τὴν Κυβέρνησιν Κρήτης περί ἀπαλλαγῆς τοῦ τόπου εκ τῆς λέπρας.* — *Πρακτ. Συνοδου Ἑλλήνων ἰατρων Ἀθὴνησιν*, p. 348—354.

Baudon. Analyse histologique d'une pièce anatomique. (Sclérodermie hyperplastique, ou mieux, sclérose hypertrophique de la peau.) — Bulletin et mémoires de la Soc. de chir. de Paris. N. S. IX, p. 658—660.

Baumann, K. und C. Schotten. Ueber das „Ichthyol". — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 257—261.

Bechterew, W. Ueber die Localisation der Hautsensibilität (Tast- und Schmerzempfindungen) und des Muskelsinnes an der Oberfläche der Grosshirnhemisphären. — Neurolog. Centralblatt. Leipzig, II, p. 409—414.

Behrend, G. Demonstration von Infection durch Herpes tonsurans vesiculosus. — Verhandl. d. Berliner med. Gesellsch. (1881 bis 1882). 1883, XIII, p. 81.

Behrend, G. Ein Kind mit der von Hebra als Lichen scrophulosorum bezeichneten Hautaffection. — Ibidem, p. 6.

Belfield, W. T. The bacillus of leprosy. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, 1882—83, I, p. 295—299.

Benkendorf, E. Scabies. — St. Louis med. and surg. Journ. XLV, p. 113.

Besnier, E. Erythrasma. — Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LIV, p. 351—355.

Besnier, E. Le lupus et son traitement (IIe article). — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér. IV, p. 377—413.

Biach, A. Ein Fall von Rheumatismus articulorum acutus complicirt mit Urticaria und Pericarditis. — Mittheil. des Vereines der Aerzte in Nieder-Oesterreich. Wien, IX, p. 157.

Black, Carrie L. Herpes vulvae. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, 1882—83, I, p. 403.

Blechmann, Jules. Contribution à l'étude de la néphrite infectieuse dans érysipèle de la face. Thèse. Paris, 4°, p. 81.

Blix, M. Experimentela bidrag till lösning af frågan om hudnervernas specifica energi (Beitrag zur Lösung der Frage über die specifische Energie der Hautnerven). — Upsala Läkaref. Förhandlingar. 1882—83, XVIII, p. 427—440.

Blum, A. et M. Duval. Du cancroïde de la peau. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 129—145.

Bohn. Zur Aetiologie des Eczems im frühen Kindesalter. — Jahrb. f. Kinderheilk. Leipzig, N. F., XX, p. 45—52.

Bohn, H. Die Hautkrankheiten. — Handbuch der Kinderkrankheiten (Gerhardt). Tübingen. Nachtrag, p. 41—283.

Bokai, J. Chorea minor; arsen-kezelés; herpes zoster. — Orvosi hetilap. Budapest, XXIII, p. 521—525.

Bonneau, Albert. Exposé historique du traitement du lupus. Thèse. Paris, 4°, p. 85.

Bordier, C. Des sueurs locales exagérées et de leur traitement. Paris, 8°, p. 11.

Bouvard, Georges. Des accidents cutanés consécutifs à l'usage interne des préparations quiniques. Thèse. Paris, 4°, p. 70.

Brajnikov, B. P. Sluchai sachetanija vozvratnago tifa v ospoi (Typhus und Blattern in einem Falle combinirt). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, III, p. 316.

Bristowe, J. S. Clinical remarks on purpura; death from cerebral haemorrhage. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 87.

Brocq, L. Observation d'érythème scarlatiniforme desquamatif. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér., IV, p. 333—338.

Brousse, A. Phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure (région ilio-inguinale droite) dans la convalescence de la variole. — Gaz. hebdom. d. sciences méd. de Montpellier, V, pp. 349, 361.

Brown-Sequard. D'un état syncopal particulier causé par l'application de chloral anhydre sur la peau. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. (1881). Paris, 1882, 7. Sér. III, p. 18.

Brown-Sequard. Effets produits par le chloral liquide, pur (anhydre) appliqué sur la peau. — Ibidem pp. 2, 30.

Brown-Sequard. Nouvelles recherches sur l'action du chloroforme applique sur la peau. — Ibidem, p. 1.

Bulkley, L. D. Psoriasis treated with crysophanic acid. — New York med. Journ. XXXVIII, p. 113.

Bull, W. T. Fibro-myoma of the scrotum. — Annals of anat. and surg. Brooklyn. New York, VIII, p. 33.

Burgess, J. T. Scarlet fever in its relation to the puerperal state. — Lancet. London, II, p. 326.

Butlin, H. T. and Holden. Two cases of perforating ulcer of the foot. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVI, p. 6.

Camerer, W. Versuche über den Raumsinn der Haut nach der Methode der richtigen und falschen Fälle. — Zeitschr. f. Biologie. München, XIX, p. 280—300.

Campana, R. Influenza benefica della eresipela sulla lepra. — Salute; Italia med. Genova, 2. Ser. XVII, p, 121.

Campana, R. Alcune inoculazioni di noduli leprosi (Lepra degli Arabi). — Arch. per le scienze med. Torino, 1883—84, VII, p. 29 bis 34; auch im Arch. ital. de biologie. Turin, III, p. 398.

Candolle, A. de. D'une alternance forcée dans l'intensité des maladies et dans la valeur des moyens préventifs, tels que la vaccination. — Revue d'hygien. Paris, V, p. 550—554.

Canini, A. Die Endigungen der Nerven in der Haut des Froschlarvenschwanzes. — Arch. f. Physiologie. Leipzig, p. 149—60 und 1 Tafel.

Cantwell, A. W. A summer epidemic of small-pox caused by

direct importation from Germany. — Americ. Public Health Associat. Reports 1882. Boston, 1883, VIII, p. 107—110.

Capelle, Paul. Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine. De l'absorption cutanée du plomb et de ses composés comme cause de l'intoxication saturnine chronique. Thèse. Paris, 4°, p. 66.

Carità, V. Experience per determinare se nel sangue degli animali infettati di carbonchio, avvenga la sporificazione del bacillus anthracis, e sotto quale forma, il medesimo attraversi la placenta nei casi di trasmissione del carbonchio dalla madre al feto. — Giornale d. r. Accadem. di med. di Torino. 3 Ser. XXXI, p. 349—368.

Cattani, G. Ancora una parola sulla resorcina nelle malattie cutaneo. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 150 bis 155.

Cavagnis, V. Due casi di onichia maligna ed uno di ragade spasmodica dell' ano curati col jodoformio. — Gazz. med. ital. lombard. Milano, 8 Ser., V, p. 287—298.

Cavalié, A. Heureuse intervention de l'érysipèle sur certaines lésions chirurgicales liées des états constitutionnels. Montauban, 4°.

Cervasio, S. Contributo allo studio del morbillo nel regio esercito italiano. — Giornale di med. milit. Roma, XXXI, p. 673—697.

Chabert, Alphonse. Contribution à l'étude de l'anthrax du talon. Thèse, Montpellier, 4°, p. 58.

Charon, E. Purpura foudroyant, d'une forme anormale, observé chez un enfant de trois ans. — Journ. de méd., chir. et pharm. Bruxelles, LXXVII, p. 113—122.

Chauveau, A. Du rôle respectif de l'oxygène et de la chaleur dans l'atténuation du virus charbonneux par la méthode de Mr. Pasteur; théorie générale de l'atténuation par l'application de ces deux agents aux microbes aérobies. — Journ. de méd. véter. et zootech. Lyon, 3 Sér., VIII, p. 281—293.

Chéreau, A. Stigmatisés. — Dictionn. encyclop. des sciences méd. Paris, 3 Sér., XII, p. 91—95.

Clark, A. P. Cerebral erysipelas. — Boston med. and surg. Journ. CIX, p. 128—130.

Coates, W. M. The treatment of naevi. — British med. Journ. London, II, p. 318—320.

Cornil. Sur le siège des microbes dans la variole, la vaccine et l'érysipèle. — Tribune méd. Paris, XV, p. 426.

Cornil et Babes. Contribution à l'étude des inflammations liées à la présence des microbes; péripneumonie contagieuse; pneumonie rubéolique; érythème cutané du rouget des porcs. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 3 Sér., II, p. 228—246 u. 2 Taf.

Cornil. Éléphantiasis des Arabes; hypertrophie des nerfs et des ganglions lymphatiques; néphrite albumineuse; dégénérescence amyloïde du rein et de la rate; examen microscopique. — Progrès méd. Paris, XI, p. 729—731.

Cornil. Le rhinosclérème. — Ibidem, p. 587.

Cornil, V, et H. Leloir. Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. Paris, 7 Sér., IV, p. 491—495.

Coronel, J. Bijdrage tot de kennis der elephantiasis. — Nederlandsch milit. geneesk. Arch. etc. Utrecht, VII, p. 16—83 und 3 Tafeln.

Costa. Ricerca della albumina nelle urine degli scabbiosi in seguito alla cura, anno 1878—79. — Salute: Italia med. Genova, 2 Ser., XVII, p. 35.

Costales, A. Contagion of leprosy. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 439.

Couch, A. S. Belladonna as a prophylactic in scarlatina. — Transactions of the homoeopath. med. Soc. of New York. Havana, XVIII, p. 101—107.

Coudray, P. Sarcome de l'épiderme au début; marche extremement rapide simulant une affection inflammatoire. — Bulletin de la Soc. anatom. de Paris. 1882, LVII, p. 540—542.

Cruttenden, F. E. Acne, one mode of treatment; reports of cases. — Jowa State med. Reporter. Des Moines, I, p. 22.

Cseh, K. A kézdivásárhelyi vörheny-járvány 1882—83, tél folyamában (Scharlachepidemie in Kézdi-Vasarhely im Winter 1882—83). — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII, p. 781—787.

Déjérine, J. et H. Leloir. Note sur les altérations des nerfs cutanés dans un cas de décubitus aigu. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7 Sér., III, p. 144.

Delastre, P. Contribution à l'étude de la rubéole ou Rötheln des Allemands. Lyon, 8°.

Dell' Acqua, F. La vaccinazione animale in Italia; con appendice. Milano, 1882, 8°.

Demesse, A. Du traitement de la pustule maligne par les injections iodées. Thèse. Paris, 4°, p. 42.

Detwiler, J. W. Small-pox in Bethlehem, Pennsylvania, and vicinity, in 1881—82. — Americ. Public Health Associat. Reports 1882. Boston, 1883, VIII, p. 111—113.

Doléris, G. A. Suette miliaire. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris, XXXIV, p. 59—86.

Doutrelepont, J. Tuberkelbacillen im Lupus. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 161—163.

Doyen. Épithélioma infiltré de la main; foyers épithéliomateux à distance dans la gaine du nerf médian. — Bulletin de la Soc. anatom. de Paris. 1882, LVII, p. 442.

Dozzi, G. La pellagra nella popolazione rurale di Motta di Livenza. Padova, 8°.

Ducamp. Premier rapport sur les expériences entreprises par le service municipal de vaccine de Bordeaux au sujet d'un cow-pox spontané découvert à Eysines. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1882 bis 1883, XII, p. 514—516.

Ducrohet, Pierre. De l'érythème tricophytique. Thèse. (Paris) Le Mans, 4°, p. 59.

Duhring, L. A. Lupus vulgaris of the ear. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 680.

Duhring, L. A. Chronic tinea tonsurans in a number of boys. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 148.

Dunlop, J. D. Case of myxoedema. — Australas. med. Gaz. Sydney, II, p. 218.

Dupree, J. W. Bovine vaccination; a reply to Dr. S. S. Herrick. — New Orleans med. and surg. Journ. XI, pag. 28—42.

Eichberg, J. A case of scurvy. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. XI, p. 337—343.

Ellenberger. Zur Physiologie der Haut. — Jahresber. der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 1882—83, p. 44 bis 47.

Emerson, N. B. Report of a visit to the leper settlement at Kalawao, Molokai. — Board Health Reports (Hawaii) Honolulu 1882, p. 63—79.

Fazio, F. Porpora emorragica curata coll' olio essenziale di trementina. — Osservatore méd. Palermo, 3 Ser., XIII, p. 12—24.

Finny, J. M. Psoriasis treated by crysophanic acid. — Dublin Journ. of med. science. 3 Ser. LXXVI, p. 163.

Finny, J. M. Acute urticaria. — Ibidem, p. 60—162.

Fischer, G. Papillom der Gesichtshaut. — Deutsche Zeitschr. f. Chir. Leipzig, XIX, p. 130.

Flemming, W. Ein Drillingshaar mit gemeinsamer innerer Wurzelscheide. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 163 bis 167.

Fletcher, Robert. Tattooing among civilized people. Read before the Anthropological Society of Washington, December 19, 1882. Washington, 1883, 8°, p. 27.

Fox. A trip to Tracadie (Lepra betreffend). — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 275.

Fraenkel, E. Ueber Exanthemformen bei Diphtherie. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 262—269.

Franceschi, M. Du pemphigus chez les hystériques. Thèse. Paris, 4°, p. 34.

Friedländer, F. Fall von Elephantiasis papillaris. — Verh. d. Berliner med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, p. 150.

G. Eene observatie van herpes zoster. — Nederlandsch milit. geneesk. Arch. Utrecht, VII, p. 305.

Gamberini, P. Contribuzione allo studio teorico clinico del lichene. — Giornale internaz. d. scienze med. Napoli, N. S. V, p. 492—503.

Gamir, J. Elefantiasis del escroto. — Gaceta de sanid. milit. Madrid, IX, p. 361 und 1 Taf.

Garau y Alemany. Herida contusa de la cabeza; erisipela y meningitis posteriores à la cicatrizacion. — Gaceta de l. hospit. Valencia, II, p. 221—224.

Garcia de Castro y Muñoz, J. M. Degeneracion y perversion del cow pox. — Gaceta méd. de Sevilla, 1882, IV, pp. 289, 297.

Garland, G. M. Pemphigus pruriginosus. — Boston med. and surg. Journ. CIX, p. 181.

Garson, J. G. Notes on photographs illustrating cases of hypertrichosis. — Journ. of the anthropolog. Institute of Great Britain. London, 1883—84, XIII, p. 6.

Gaucher, E. Culture des bactéries de la lèpre. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7 Sér. III, p. 201.

Geber, E. Acute tiefgreifende Entzündungen der Haut. — Handbuch d. speciellen Path. (Ziemssen). Leipzig, XIV, 1. Hälfte, p. 395—441.

Gendron, Endocardite septique consécutive à un érysipèle traumatique de la face. — Progrès méd. Paris, XI, p. 512.

Geneix, J. Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe. Thèse (Paris). Le Mans, 4°, p. 93 u. 3 Taf.

Geschwind. Relation d'une épidémie de scarlatine observée en mars, avril et mai 1882 au 6e batallion de chasseurs; recherches étiologiques et prophylactiques; mesures proposées. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, I, p. 57—91.

Gibier. Nouvelle étude sur la corrélation qui existe entre les taches ombrées et la phthiriase du pubis; recherches cliniques. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7 Sér., III, p. 64—66.

Gibier. Recherches sur l'étiologie de la fièvre pemphigoïde (pemphigus aigu; fièvre bulbeuse); maladie infectieuse, produite par une bactérie. — Ibidem, p. 302.

Godot, A. De l'érysipèle menstruel. Thèse. Paris, 4°, p. 67.

Gomot. Fièvre scarlatine avec déterminations articulaires et aortique. — France méd. Paris, II, p. 217—220.

Graham, J. E. Leprosy in New Brunswick. — Canada med. and surg. Journ. Montreal, 1883—84, XII, p. 152—159, 213.

Graham, J. E. General exfoliative dermatitis. — Journ. of cutan. and vener. diseases, New York, 1882—83, I, p. 390—395.

Groedel. Ein Fall von merkwürdiger Empfindlichkeit gegen Jod. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 269.

Guarnieri, G. La nefrite scarlattinosa e l'ipertrofia del cuore. — Bullettino d. r. Accad. med. di Roma, IX, p. 122—128.

Guarnieri, G. (Dasselbe.) — Gazz. d. osped. Milano, IV, p. 531—534.

Guibout, E. Principes généraux de dermatologie; nosographie ef thérapeutique des maladies de la peau. Paris, 8°, p. 365.

Guibout. Traitement des maladies de la peau par les eaux minérales. — Journ. de thérap. Paris, X, p. 441—418.

Hager, O. Die obligatorische Einführung der animalen Impfung. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 490.

Hallopeau, H. Note sur l'interprétation physiologique d'un érythème artificiel. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7 Sér., III, p. 350—352.

Hardaway, W. A. Neoplasma pigmentada de la piel. — Répert. méd. New York, I, p. 170—172.

Hardy, A. Sycosis. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris, XXXIV, p. 306—317.

Harsant, W. H. Lupus vulgaris. — Bristol med.-chir. Journ. I, p. 88—91.

Hart, E. A memorandum on the influence of vaccination in the prevention and diminution of mortality from small-pox. — British med. Journ. London, I, p. 1215—1217.

Hartmann, H. Observation de purpura hémorrhagique d'origin traumatique. — Revue de chir. Paris, III, p. 735—739.

Hayward, J. W. Two cases of malignant (haemorrhagic) scarlatina treated by crotalus. — Lancet. London, II, p. 54.

Heiberg, J. Tre Tavler over Hjernenervernes Virkning samt Haandens Hudnerver. Kristiania, 8°.

Henoch, E. Zur Pathologie der Masern. — Verhandlungen der Berliner medicin. Gesellschaft (1881—82) 1883, XIII, pt. 2, p. 69—76.

Hermann, G. Sur une forme particulière d'épithélium propre à certaines glandes cutanées. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7. Sér., III, p. 102.

Hervouet, H. Note sur un cas d'hypertrophie papilliforme du cuir chevelu. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 421—426.

Hesse, W. Zur Impffrage. — Deutsche Vierteljahresschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Braunschweig, XV, p. 660—662.

Hibbard, J. F. Propositions concerning vaccination. — Americ. Public Health Associat. Reports 1882. Boston 1883, VIII, p. 123.

Inoouye Tsunceuke (Ueber die Behandlung der Lepra.) — Iji Shinshi. Tokei, 1882, Nr. 218, Juni 3.

Jablonowski, W. Czerniaczka języka (Glossomelanosis). — Przegląd lekarski. w Krakowie, XXII, p. 419.

Jackson, G. T. Acne; its aetiology, diagnosis, and treatment. — New York med. Journ. XXXVIII, p. 227—231.

Jacob. Gibt es hautreizende Bäder oder nicht? Auf Grund eigener

alter und neuer Erfahrungen und Beobachtungen beantwortet. — Virchow's Arch. Berlin, XCIII, p. 100—113.

Janssen. Die Hautperspiration beim gesunden Menschen und bei Nephritikern. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, XXXIII, p. 334—359.

Jardet. Sarcome de la plante du pied. — Bulletin de la Soc. anatom. de Paris. 1882, LVII, p. 429—432.

Jouannaud, A. De la gale non prurigineuse. Thèse. (Paris) Le Mans, 4°, p. 43.

Kalischer, G. Ein Kind mit generalisirtem Vaccine-Ausschlag. — Verhandl. d. Berl. med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, p. 20.

Kaulich. Pneumonie; Nephritis nach Morbillen. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, p. 328.

Kaulich, J. Zur Lehre der acuten Exantheme. — Prager med. Wochenschr. VIII, pp. 229, 238.

Keating, J. M. The presence of the micrococcus in the blood of malignant measles; its importance in treatment. — Transactions of the Coll. of Physic. of Philadelphia. 1881—83, 3 Ser. VI, p. 115—133.

Keller, A. Sulla pellagra: provedimenti. Padova, 8°, p. 11.

Kendall, T. W. Scarlet fever, with suppuration of the right eye. — British med. Journ. London, I, p. 1225.

Kobylinski, O. Ueber eine flughautähnliche Ausbreitung am Halse. — Arch. f. Anthropolog. Braunschweig, XIV, p. 343—348.

Koebner, H. Beerschwammähnliche multiple Papillar-Geschwülste der Haut. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 417.

Koebner, H. Heilung eines Falles von allgemeiner Sarcomatose der Haut durch subcutane Arseninjectionen. — Verhandl. d. Berliner med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, pt. 2, p. 199—207.

Kraus, E. Ueber Purpura. Heidelberg, 8°.

Kupferschmid, A. Schluss-Bericht über die vom December 1881 bis April 1882 herrschend gewesenen Blattern - Epidemie im Epidemie-Bezirke Markt Mürzzuschlag. — Med.-chir. Centralblatt. Wien, XVIII, pp. 129, 141, 153, 165, 177, 201, 213, 262, 297, 309.

Lagrange. Sarcome de l'auriculaire droit. — Bulletin de la Soc. anatom. de Paris. 1882, LVII, p. 487—489.

Lall, M. Notes on a case of horny tumour on the cheek of a man. — Indian med. Gaz. Calcutta, XVIII, p. 228.

Lane, J. O. On a case of myxoedema, with remarks upon the etiology of the disease. — Lancet. London, II, p. 56.

Lane, W. W. Treatment of psoriasis; the rubber bandage in this and other skin diseases. — North Carolina med. Journ. Wilmington, XII, p. 66—71.

Lang, E. Ueber Rhinosklerom und dessen Behandlung. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, pp. 737, 777.

Lanoaille de Lachese. Maladie d'Addison; difficulté de diagnostic. — Gaz. hebdom. de méd. Paris, 2 Sér., XX, p. 465—469.

Lassar, O. Ueber Alopecia praematura. — Verhandl. d. Berliner med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, pt. 2, p. 208--212.

Layet, A. Deuxième rapport sur les expériences entreprises par le service municipal de vaccine de Bordeaux, au sujet d'un cow-pox spontané découvert à Eysines par M. le Dr. Ducamp des Burges. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1882—83, XII, p. 577.

Le Gendre, P. Quelques réflexions sur le génie épidémique et la contagion de la rougeole, à propos d'une épidémie observée à la Salpêtrière dans la section des idiotes-épileptiques. — Progrès méd. Paris, XI, p. 585—587.

Leloir, H. et L. Brocq. Altérations des nerfs cutanés dans un cas de pemphigus diutius. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7. Sér., III, p. 132.

Lemoine, G. Note sur une variété de lichen plan (lichen hypertrophique). — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 327—332.

Lesser, E. Anomalien der Epidermis. Erster Theil. — Handbuch der spec. Pathol. (Ziemssen.) Leipzig, XIV, 1. Hälfte, p. 468 bis 492.

Lesser, E. Weitere Beiträge zur Lehre vom Herpes zoster. — Virchow's Archiv. Berlin, XCIII, p. 506—517.

Leubuscher, G. Masernepidemie in Jena und Umgebung. — Corresp.-Blatt d. allg. ärztl. Vereines von Thüringen. Weimar, XII, p. 462—467.

Lévy, Charles. Quelques considérations à propos d'une épidémie de variole. Thèse. Paris, 4°, p. 55.

Loberg, A. Kopper i Lyngdal i Aaret 1882. (Blattern in Lyngdal [Norwegen] im Jahre 1882.) — Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Christiania, XIII, p. 500—513.

Lopez Cerezo, F. De la viruela en los individuos vacunados. — Gaceta med. de Sevilla, 1882. IV, p. 345—358.

Lubelski, G. Note sur la vaccination en Pologne, en Russie et en Finlande. — Revue d'hygién. Paris, V, p. 463—466.

Lustig. Die therapeutische Bedeutung der Teplitz-Schönauer Thermen bei Gangrän. — Wiener med. Presse. XXIV, pp. 900, 931.

Mackenzie. On the nature of purpura. — British med. Journ. London, II, p. 409—419.

Mackenzie, G. H. Case of laryngeal stenosis after measles; tracheotomy. — Edinburgh med. Journ. 1883—84, XXIX, p. 317.

Madigan, M. J. Insanity from measles. — Americ. Journ. of neurolog. and psychiat. New York, II. p. 207—210.

Makuna, M. D. Observations on the pre-eruptive stage in small-pox; with history of cases — Transactions of the Epidemiol. Soc. of London (1881—82) 1883, N. S. I, p. 108—111.

Marfan, A. Molluscum simplex de la grande lèvre. — Bulletin de la Soc. anatom. de Paris. 1882, LVII, p. 446—450.

Masini, G. Contributo alla cura con l'acido picrico dell' eczema impetiginosa dei bambini. — Imparziale. Firenze, XXIII, p. 463—465.

Mathieu, A. Un cas de langue noire. — Bulletin de la Soc. anatom. de Paris, 1882, LVII, p. 535—537; auch im Progrès méd. Paris, XI. 616.

Mathieu, A. Purpuras cachectiques. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 273—289.

Mc Bride, E. H. A case of scorbutus. — Transactions of the South Carolina med. Associat. Charleston, p. 61.

Mc Kay, R. J. Acute desquamative inflammation of external auditory canal, acute purulent otitis media, mastoiditis and chronic meningitis; recovery. — Transactions of the Americ. Otolog. Soc. New Bedford, Mass. III, pt. 2, p. 161.

Mc Intosh, W. P. Vaccination in the new born. — Med. Chronic. Baltimore, 1883—84, II, p. 44.

Mégnin. Nouvelle maladie parasitaire de la peau chez un coq. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. (1881) Paris, 1882, 7. Sér. II, p. 404—406.

Mickle, W. J. Unilateral sweating. Note on further cases of. — Journal of Mental Science. London, 1883—84, N. S. XXIX, p. 396—399.

Miki Totaro. (Ueber Rötheln.) — Iji Shinshi. Tokei, 1882, Nr. 217, Mai 17.

Miller. Coexistance of puerperal peritonitis, erysipelas, and diphtheria. — Transactions of South Carolina med. Associat. Charleston, p. 75—78.

Monescello y Ruiz, J. Observaciones acerca de la epidemia de viruelas en la villa de Corral de Calatrava. — Arch. med. valenc. Valencia, 1882, II, p. 322—325.

Monnereau. Recherches expérimentales sur le rôle de l'absorption cutanée dans l'intoxication et la paralysie saturnines. Thèse. Paris, 4°, p. 60.

Moravcsik, E. E. A nöi ivarszervek elephantiasisának két esete (Zwei Fälle von Elephantiasis der weiblichen Genitalien). — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII, p. 494—497.

Moretti, O. Il primo caso di lebbra nelle Marche, confermato dalla presenza del bacillus leprae. — Rivista clin. di Bologna, 3 Ser. III, p. 524—532 u. 4 Taf.

Morison, R. B. The treatment of eczema in Prague. — Med. Record. New York, XXIV, p. 87—89.

Morison, R. B. A contribution to the general knowledge concerning the prurigo papule. — Americ. Journ. of the med. sciences. Philadelphia. N. S. LXXXVI, p. 341—362.

Morris, M. The comparative advantages of scraping and scarification in the treatment of lupus vulgaris. — British med. Journ. London, II, p. 322.

Morris, R. T. White lead point as a local dressing in erysipelas. — Med. Record. New York, XXIV, p. 360.

Murrell, W. Feigned skin diseases. — Lancet. London, II, p. 477.

Naether, R. Beitrag zur Kenntniss der entzündlichen Granulationsgeschwülste der Haut (Granuloma sarcomatodes cutaneum). — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, XXXIII, p. 470—484 u. 2 Taf.

Neisser, A. Die chronischen Infectionskrankheiten der Haut. — Handbuch d. spec. Pathol. (Ziemssen). Leipzig, XIV, 1 Hälfte, p. 553—724.

Nicholls, B. F. A case of chronic leg-ulcer cured by an attack of phlegmonous erysipelas. — Philadelphia med. Times. 1882 bis 1883, XIII, p. 854.

Nikolski. K voprosu ob ospoprivivivaii (Die Frage der Blattern-inoculation). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg, VIII, p. 4194—4196.

Nosotti, J. Sulla genesi e natura del carbonchio negli animali e nell' uomo. Milano, 16°. — Aus Giornale: L'Italia agric.

Nussbaum, von. Neuere Erfahrungen über subcutane Nervendehnung, auch bei Hautkrankheiten. — Aerztl. Intellig.-Blatt. München, XXX, p. 381.

Obertüschen. Ein Fall von Lupus des Larynx. — Centralblatt f. klin. Med. Leipzig, IV, p. 609—612.

Oidtmann, H. Die Pockenstatistik der Soldaten, verglichen zwischen sonst und jetzt, verglichen nach Armeen und nach Ländern unter sich und verglichen mit der Pockensterblichkeit der Civilbevölkerung. Leipzig, 8°.

Oliveira, M. J. de. Elephantiasis dos Arabes; injecções hypodermicas de sal commun; cura. — Annaes Brazilien. de méd. Rio de Janeiro, 1882—83, XXXIV, p. 274—276.

Oliveira, M. J. de. Observação de vaccina generalisada. — Ibidem, p. 186—188.

Ory, E. Sudamina. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris, XXXIV, p. 47—50.

Oxley, M. G. B. Clinical remarks on scarlet fever. — Liverpool med.-chir. Journ. III, p. 328—347.

Owen, E. On the treatment of large naevi. — British med. Journ. London, II, p. 320.

Papaïoannos, L. *Περί τῆς ἐν Ἀνεμωρεία (Ἀραχόβη) τῷ ἔτει* 1872 *ἐνσκηψασης ἐπιδημίας τῆς εὐλογίας.* — *Πρακτ. Συνόδου Ἑλλήνων ἰατρῶν Ἀθήνησιν*, p. 231—237.

Pecholier, G. Del uso de los baños en la viruela. — Revista méd.-quirur. Buenos Aires, 1883—84, XX, p. 114—117.

Perroncito, E. Annotazioni relative al carbonchio. — Giornale d. r. Accad. di med. di Torino, 3 Ser., XXXI, p. 199—210.

Perroncito, E. Le vaccinazioni carbonchiose in Italia. — Ibidem, p. 340—348.

Peterson, F. Purpura haemorrhagica. — Buffalo med. and surg. Journ. 1883—84, XXIII, p. 57.

Petitbien, E. Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle. Thèse. Paris, 4°, p. 59.

Petrone, L. M. Sulla scoverta dell' infezione nel morbo di Werlhof. — Rivista clin. di Bologna. 3 Ser. III, p. 511—523.

Piffard, H. G. The etiology of acne. — Journ. of cutan. and ven. diseases. New York, 1882—83, I, p. 363—370.

Piffard, G. H. Leprosy in the United States. — Ibid. p. 289 bis 295 u. 2 Taf.

Polányi. Zur Therapie des Erysipels. — Wiener med. Presse XXIV, p. 768.

Pollák, L. A csuzos tarjagról különös tekintettel annak idegkórtani eredetére. (Ueber Peliosis rheumatica, insbesondere mit Rücksicht auf ihren neuropathologischen Ursprung.) — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII, pp. 588, 617.

Pope, P. A severe case of erysipelas; recovery. — Lancet. London, II, 312.

Post, A. C. An extremely complicated case of cicatricial contraction from burns. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 707—710.

Powell, W. B. A case of small-pox; modified inoculation in the family of patient. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXVI, p. 146.

Pozzi, S. Pustule maligne grave sans bactéridie dans le sang. — Bulletin et Mémoires de la Soc. de chir. Paris, N. S. IX, p. 571.

Prengrueber, A. La variolisation chez les indigènes d'Algérie devant l'Académie de médecine. — Alger méd. XI, pp. 208, 243.

Prewitt, T. F. Sarcoma cutis. — St. Louis Courier of med. X. p. 425—427.

Prioleau, L. Cas de dystrophie des angles dans l'ataxie locomotrice. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1882—83, XII, pp. 552, 563, 578.

Prior. Ueber das gleichzeitige Auftreten von drei verschiedenen Infectionskrankheiten bei demselben Individuum. — Deutsche med. Wochenschr. IX, p. 457.

Pugliesi, G. Sopra un caso di efidrosi. — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova, XXVI, pp. 193, 229.

Quincke, H. Vorrichtung zur Herstellung eines Heissluftbades in jedem beliebigen Bett. — Illustr. Monatschr. d. ärztl. Polytech. Bern, V, p. 147—149.

Quinlan, F. J. B. Galium aparine as a remedy for chronic ulcers. — British med. Journ. London, I, p. 1173.

Rafferty, T. N. Purpura variolosa. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLIX, p. 339—341.

Ragnisco, A. Immunità delle malattie contagiose, vaiuolo degli animali; unicita dei vaiuoli. — Giornale internaz. d. scienz. med. Napoli, N. S. V, p. 170—181.

Ranke, H. Ueber einen Fall von abnormer Behaarung bei einem Kinde. — Arch. f. Anthropol. Braunschweig, XIV, p. 339—342.

Rasori, E. Il petrolio e la tigna favosa. — Gazz. d. osped. Milano, IV, pp. 363, 371, 410, 419, 436.

Rathery. Note sur quelques points relatifs à l'isolement des varioleux dans les hôpitaux. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXV, p. 1061—1066.

Rayer, Charles. Des langues noires. Thèse. Paris, 4°, p. 49.

Reclus. Pustule maligne spontanémant guérie. — Bulletin et Mémoires de la Soc. de chir. de Paris. N. S. IX, p. 517—527.

Reeves, J. T. Small-pox in Wisconsin. — Report Board Health Wisconsin 1882, Madison, 1883, VII, p. 43—89.

Richardière, H. Érythème scarlatiniforme desquamatif (8e attaque), deux attaques successives à un mois d'intervalle; chute des ongles. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 338—340.

Roberts, M. J. Report and presentation of a case of myxoedema. — Planet. New York, I, p. 86.

Robin, A. Examen du liquide des sudamina dans un cas de fièvre typhoïde. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. 1881. Paris, 1882, 7. Sér. III, p. 346.

Rohe, G. H. Pemphigus, and the diseases liable to be mistaken for it. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 705—707.

Rokitansky. Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anästhesie und verwandte Empfindung. — Deutsche Revue. Berlin, VIII, p. 266—271.

Romano, V. L'iodoformio nella pustola maligna. — Osservatore med. Palermo, 3 Ser., XIII, p. 5—12.

Rona, S. Adat a Korpázó börlab (pityriasis rubra) tannához. — Orvosi hetilap. Budapest, XXVI, pp. 858, 883.

Ross, J. F. W. Leprosy from. Mr. Hutchinson's standpoint. — Canada Practitioner. Toronto, VIII, p. 230—234.

Roth, T. Der Decubitus. — Memorabilien. Heilbronn. N. F. III, p. 330—344.

Rumpf, D. Ueber die Einwirkung der Narkotika auf den Raumsinn der Haut. — Verhandl. d. Congresses für innere Med. Wiesbaden, II, p. 302—307.

Russell, W. Cases of purpura haemorrhagica, with remarks on their pathogenesis; with report on the presence of bacilli, by W. W. Cheyne. — British med. Journ. London, II. p. 414—416.

Ryan, J. P. Notes on Rötheln. — Australian med. Journ. Melbourne, N. S. V, p. 200—206.

Sarazin, A. La vulvite aphtheuse de l'enfant. Thèse. Paris, 4°, p. 55.

Schöler. Pemphigus conjunctivae. — Verhandl. der Berliner med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, p. 201—205.

Schultz, H. Pathologische und therapeutische Mittheilungen aus der Privat-Heilanstalt für Hautkranke. Kreuznach 8°.

Schwarz, A. Zwei Fälle von Purpura rheumatica, complicirt durch acute Aorteninsuffizienz. Aus der Klinik und Abtheilung für Hautkranke des Prof. Kaposi. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, p. 991—994.

Schwimmer, E. Chronische tiefgreifende Entzündungen der Haut. — Handbuch d. spec. Pathol. (Ziemssen). Leipzig, XIV, 1 Hälfte, p. 441—467.

Schwimmer, E. Hyperaemien, Anaemien, Haemorrhagien der Haut. — Ibidem, p. 301—340.

Seely. W. W. A case of primary epithelioma of the auricle. — Transactions of the Americ. Otolog. Soc. New Bedford, Mass. III, pt. 2, p. 117—119 u. 1 Taf.

Seguin, E. C. Lepra anaesthetica (mains-engriffe). — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 420.

Senator, H. Ueber die therapeutische Anwendung der Schmierseife. — Verhandl. der Berliner med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, pt, 2, p. 145—157.

Sheehan, W. F. Chicken-pox in the adult. — Sanitarian. New York, N. S. I, p. 438—440.

Sherwell, S. Pseudo psoriasis of the palms. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 417—420.

Shoemaker, J. V. Mechanical remedies in the treatment of skin diseases. — Journ of the Americ. Med. Associat. Chicago, I, p. 75 bis 84; auch Med. Bulletin. Philadelphia, V, p. 198—203.

Shoemaker, J. V. The oleate of copper and the treatment of freckles. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882 bis 83, I, p. 438.

Simon, R. W. Ringworm; its pathology and treatment. — Birmingham med. Review, XIV, p. 49—55.

Simone, F. de. Epitelioma del naso, rinoplastia: guarigione. — Eco d. ospit. Napoli, I, p. 129—135.

Slagle, C. G. On the treatment of erysipelas and burns by the local application of white lead paint. — Northwestern Lancet. St. Paul, 1882—83 II, p. 229—231.

Snowball, W. Herpes zoster simulating meningitis. — Australian med. Journ. Melbourne, N. S. V, p. 193.

Sombret, P. De l'emploi du naphtol dans quelques affections cutanées. Thèse. Paris, 4°, p. 62.

Somma, L. Su di una nuova forma di porpora emorragica. — Arch. di patol. infant. Napoli, I, p. 191—193,

Southam, F. A. Perforating ulcer of the foot; and its connection with disease of the nervous system. — Brit. med. Journ. London, I, p. 1222.

Spender, F. K. What is the best treatment of eczema and of pemphigus. — Practitioner. London, XXX, p. 401—411.

Stelwagon, H. W. Impetigo contagiosa; its clinical features. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 889—892.

Stelwagon, H. W. Vleminckx's solution in acne rosacea. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 6.

Stelwagon, H. W. On erythematous eruption from chlorate of potassium. — Med. Record. New York, XXIV, p. 65.

Steven, J. L. Case of purpura rheumatica (peliosis rheumatica.) — Glasgow med. Journ. 4 Ser. XX, p. 61.

Stevens, Thad. M. The relative value of bovine and humanized vaccine virus practically considered. Indianopolis, 8°, p. 9.

Stewart, A. A case of early recurrence of measles. — Glasgow med. Journ. 4 Ser. XX, p. 171.

Strassmann, F. Zur Lehre von der Sklerodermie. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 193—197.

Straus, J. Sueur. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris, XXXIV, p. 86—143.

Stuver, E. Galvanization in acne pustulosa. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 457.

Suchard. Des modifications des cellules de la matrice et du lit de l'ongle dans quelques cas pathologiques. — École prat. d. hautes études. Lab. d'histol. du Coll. de France. Trav. Paris, 1882, p. 161—172 u. 1 Taf.

Suchard. Des modifications et de la disparition du stratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau. — Ibidem, p. 97—104 u. 1 Taf.

Teackle, St. G. W. Facts relating to a case of spontaneous cow-pox in Baltimore County, and the result of experiments with crusts obtained therefrom. — Transactions of the med. and chir. Soc. of Maryland. Baltimore, p. 265—267.

Tebault, C. H. Paper on modified inoculation. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXVI, p. 18—22.

Thin, G. On the bacillus of leprosy. — Proceedings of the Roy. med. and chir. Soc. of London, 1882—83, N. S., I, p. 146 bis 149; auch British med. Journ. London, I, p. 1178.

Thomas, A. J. A. De vaccinatie-quaestie. Utrecht, 8°, p. 216.

Todd, C. A. Anomalous sebaceous gland in immediate proximity to the auricle. — Transactions of the Americ. Otolog. Soc. New. Bedford Mass. III, pt. 2, p. 109.

Torras Pascual. Viruela normal; muerte repentina. — Gaceta méd. catalon. Barcelona, VI, p. 377.

Townsend, Fr. jr. Case of multiple sarcoma of skin, with some remarks concerning this rare affection. — Med. Annals. Albany, IV, p. 145—155.

Trolard. Communication sur l'organisation d'un service de la vaccination dans le département d'Alger. — Alger méd. XI, p. 161—168.

Turnbull, L. Vaccination. — Philadelphia med. Times. 1882 bis 1883, XIII, p. 676—679.

Unna, P. G. On herpes progenitalis, especially in women. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York 1882—83, I, p. 321—334.

Unna, P. G. Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut. — Handbuch d. spec. Pathol. (Ziemssen) Leipzig, XIV, 1 Hälfte, p. 1—114.

Unna, P. G. Ueberhäutung und Ueberhornung (Dermatoplasie und Keratoplasie). — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 533—537.

Vallieré, R. Erysipèle et fièvre puerpérale. Thèse. Paris, 4°, p. 76.

Van Harlingen, A. Clinical lecture on the treatment of eczema of the hands. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 705—708.

Van Harlingen, A. Experiments in the use of naphtol for the treatment of skin diseases. — American Journ. of the med. sciences. Philadelphia, N. S. LXXXVI, p. 479—490.

Vaughan, B. A. Vaccination. — Transactions of the Mississippi med. Associat. Jackson, XVI, p. 80—85.

Veiel, T. Dermatitides superficiales. — Handbuch d. spec. Pathol. (Ziemssen). Leipzig, XIV, 1 Hälfte. p. 341—394.

Venturi, S. Di un caso di pellagra nella provincia die Catanzaro. — Arch. di psichiat. etc. Torino, IV, p. 153—157.

Vidal, E. Anatomie pathologique du xeroderma pigmentosum. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. Paris, 7 Sér. IV, p. 495—498.

Vidal, E. Du lupus scléreux. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér. IV, p. 414—420.

Vieusse. Du traitement de la sueur fétide des pieds au moyen du sous-nitrate de bismuth. — Gaz. hebdomad. de med. Paris, 2 Sér., XX, p. 496—500.

Villata, R. Contribution al tratamiento de la lepra tuberculosa por el aceite y el ungüento de chaulmoogra. — Gaceta méd. catalon. Barcelona, VI, p. 435—441.

Vince, Charles Benjamin. Etude sur la maladie d'Addison. Thèse. Paris, 4°, p. 66.

Vincentüs, C. de. Endotelioma adiposo; ricerche cliniche ed anatomiche sullo xantelasma. — Rivista clin. die Bologna. 3 Ser., III, p. 481—501 u. 3 Taf.

Violet, T. De l'inoculation révélatrice dans les cas de morve latente. — Journ. de méd. véter. et zootech. Lyon, 3 Sér., VIII, p. 337—353.

Virchow, R. Commissionsbericht über die Statistik der Farbe der Augen, der Haare und der Haut der deutschen Schulkinder. — Corresp.-Blatt d. deutschen Gesellsch. f. Anthrop. etc. Braunschweig, 1882, XIII, p. 125.

Voigt, L. Vaccine und Variola. — Deutsche Vierteljahrsschr. für öffentl. Gesundheitspf. Braunschweig, XV, p. 461—467.

Vossius, A. Beiderseits Neuritis nach Erysipelas capitis et faciei. — Monatsbl. f. Augenheilk. Stuttgart, XXI, p. 294—298.

Wagner, W. H. Statistical report of variola during its late appearance in York, with views on the treatment of the same. — Transactions of the med. Soc. of Pennsylvania. Philadelphia, XV, p. 407—410.

Walton, G. L. Two cases of hysteria. I Hysterical hemianaesthesia in a man, following injury. II Hysterical anaesthesia, of special sense, accompanying cutaneous hyperaesthesia. — Arch. of med. New York, X, p. 88—95.

Wassmann, A. Ein Milzbrandfall. — Wochenschr. f. Thierheilk. u. Viehzucht. Augsburg, XXVII, p. 237—240.

Waters G. A case of eczema retrocedens. — Transactions of the med. and phys. Soc. of Bombay (1882). 1883, 3 Ser. Nr. 2, p. 86—89.

Weinlechner, J. Die chirurgischen Krankheiten der Haut. — Handbuch der Kinderkrankheiten (Gerhardt) Tübingen, 1882, VI, 1 Abth. p. 105—232.

Welch, G. T. The relationship between diphtheria and scarlatina. — Med. Record. New York, XXIV, p. 5—7.

Welch, W. M. The wearing out of vaccine protection and the efficacy of revaccination. — Transactions of the med. Soc. of Pennsylvania. Philadelphia, XV, p. 175—186.

Werner. Fall von Naevus pilosus. — Verhandl. d. Berliner med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, p. 187.

Wesener, F. Ein Fall von acutem, weitverbreitetem Ekzem, hervorgerufen durch das Tragen einer Frucht von Anacardium orientale. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, XXXIII, p. 578—599.

Weyl, A. Anomalien der Epidermis. Zweiter Theil. — Handbuch der spec. Pathol. (Ziemssen). Leipzig, XIV, p. 493—552.

Wile, H. The Vienna School of dermotalogy. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 756—758.

X. X. Las viruelas en la guarnicion de Zaragoza. — Siglo méd. Madrid, XXX, pp. 452, 471.

Younge, G. H. A case of Addison's disease, closely resembling idiopathic anaemia, with remarks. — Brit. med. Journ. London, II, p. 429.

Zeehuisen, H. Eenige opmerkingen over trophoneurosen, vooral over die van de huid en van't pigment der huid, naar aanleiding van een geval van Vitiligo. — Nederlandsch milit. geneeskundig Arch. Utrecht, VII, p. 209—240.

Ziemssen, H. von. Physiologie der Haut. — Handbuch der spec. Pathol. (Ziemssen) Leipzig, XIV, 1. Hälfte, p. 115—136.

Zodotarev, A. G. Karboloja maz pri pustula maligna. — Med. pribav. K. morsk. sborniku. St. Petersburg, Jän. p. 48.

Krao, ein haariges Mädchen von Laos. — Aus: Norddeutsche allgem. Zeitung in: Verhandl. der Berliner Gesellsch. f. Anthropol. Berlin, p. 118.

Academia médico-farmacéutica. Dictámen emitido por la comision nombrada por dicha Academia al objeto de proponer los medios mas conducentes para atajar el incremento de la actual epidemia de sarampion que sufre Barcelona. Barcelona, 1882, 8°, p. 16.

Cases of Rötheln. — Abstr. med. and surg. Cases Gen. Hosp. Sick. Children 1882. Pendlebury Manchester, 1883, II, p. 103—109.

Scarlet fever; cellulitis; purulent broncho-pneumonia. — Ibid., p. 4.

Scarlet fever; dementia. — Ibidem, p. 6.

Scarlet fever; otitis; pyaemia. — Ibid. p. 3.

Scarlet fever; rheumatism. — Ibid. p. 7.

Scarlet fever; sloughing throat, pus in joints. — Ibid. p. 2.

Discussion über die Jodstichelung bei Lupus. — Verhandl. der Berliner med. Gesellsch. (1881—82). 1883, XIII, p. 4—6.

Elephantiasis Arabum. — Asylum Journ. Berbice, p. 25—27.

The leprosy colony in Tracadie. — Med. Record. New York, XXIV, p. 318—320.

Statuto della prima società italiana di patronato pei pellagrosi in Mogliano veneto. Treviso, 32°.

Ordonnance du canton de Zurich sur la vaccination. — Annales d'hygiène Paris, 3 Sér. IX, p. 545—550.

Invloed van de niet - vaccinatie op de sterfte aan pokken. — Geneeskundig Courant. Tiel, XXXVII, Nv. 28.

Tiende Jaarverslag van het Parc Vaccinogéne bij's Rijks Veeartsenijschool te Utrecht 1882. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XIX, p. 423—426.

De Koepokinenting af de moderne pest. Dordrecht, 8°.

Revaccination in foreign armies. — British med. Journ. London, II, p. 75.

Verslag nopens het Parc Vaccinogéne to Groningen, over het jaar 1882. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde Amsterdam, XIX, p. 440—444.

Dermatologie.

Viertes Verzeichniss.

Abblart. Dermite phlegmoneuse de la jambe et du pied (coté gauche) de nature parasitaire. — Arch. de méd. navale. Paris, XL, p. 454—456.

Abbott, S. W. Leprosy as related to public health. — Report of Board of Health etc. Mass. Suppl. Boston, IV, p. 119—129.

Alemany y Melis B. Historia epidemilógica y patológica del sarampión padecido en la guarnicion de Zaragoza, en el año 1882. — Gaceta de sanid. milit. Madrid, IX, p. 255—265.

Alexander, W. T. Cases of psoriasis affecting the palms. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 449—451.

Alpago Novello, L. Il grana turco e la pellagra; manuele pel contadino. Treviso, 8°, p. 55.

Anderson, McC. A lecture on nettle-rash. — British med. Journ. London, II, p. 1107—1109.

Anderson, McC. The treatment of eczema. — Journ. of cutan. and. vener. diseases. New York, 1882—83, I, pp. 225, 263, 299, 334, 357, 396, 422, 452.

Antonoff, Alexander. Contribution à l'étude de l'érythème et du purpura hémorrhagique dans le rhûmatisme aigu. Thèse. Nancy, 4°, p. 45.

Arloing Cornevin et Thomas. Le charbon bactérien (charbon symptomatique et charbon essentiel de Chabert) pathogénie et inoculation préventive. Lyon, 8°.

Arloing, Cornevin et Thomas. Détermination des causes qui diminuent la réceptivité de certaines régions de l'organisme pour le virus du charbon bactérien et symptomatique, et transforment une inoculation mortelle et inoculation préventive. — Compt. rend. de l'Acad. d. scienc. Paris, XCVII, p. 1071—1074; auch Lyon méd. XLIV, p. 413—417.

Arloing, Cornevin et Thomas. Recherches expérimentales sur la maladie infectieuse appelée charbon symptomatique ou bactérien. — Revue de méd. Paris, III, pp. 726, 930.

Arnaud, Joseph. De l'érythème polymorphe fébrile, à forme grave. Thèse. Lyon, 4°, p. 93.

Arnozan et A. Boursier. Examen histologique d'un ulcère variqueux; lésions artérielles. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1883—84, XIII, p. 109.

Arragon, H. 1°. Étude sur les angiomes des muqueuses; 2°. rapprochement de leurs lésions et de celles du purpura hémorrhagique. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 3 Sér., II, p. 352—366 u. 2 Taf.

Atkinson, I. E. Multiple cutaneous ulceration. — American Journ. of med. sciences. Philadelphia, 1884, N. S. LXXXVI, p. 57—65.

Auspitz, H. Zur Therapie der Hautkrankheiten: II. Ueber die Behandlung der Eczeme. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, p. 1453—1458.

Badaloni, N. Un caso di pemfigo acuto. — Morgagni. Napoli, XXV, p. 445—451.

Badan. Quelques cas de scarlatine en 1881—82. — Revue méd. de la Suisse Roman. Genève, III, p. 545—500.

Bain, D. B. The sensory and thermal dynamics of the skin. — Edinburgh clinic. and pathol. Journ. 1883—84, I, p. 282—286.

Balzer, F. Notes sur l'histologie des dermatophytes. — Arch. de physiolog. norm. et pathol. Paris, 3 Sér., II, p. 466—474.

Banerjee, N. R. Treatment of a case of traumatic erysipelas; recovery. — Indian med. Gaz. Calcutta, XVIII, p. 254.

Barbulée. Anthrax malin de la région parotidienne; dégénérescence kystique des deux reins; hydrocéphalie ventriculaire; mort. — France méd. Paris, II, p. 529—532.

Bareggi, C. Sulle alterazioni dei gangli spinali nella pellagra. — Gazz. d. osped. Milano, IV, p. 675—678.

Barlow, T. On cases described as „acute rickets" which are probably a combination of scurvy and rickets, the scurvy being an essential, and the rickets a variable element. — Med.-chir. Transactions. London, LXVI, p. 159—220 u. 1 Taf.

Basset, L. De l'incubation de la variole. — Revue méd. de Toulouse. XVII, p. 153—174.

Berbez, P. Épithélioma du pouce développé sur une cicatrice. — Progrès méd. Paris, XI, p. 956.

Berry, F. C. Marsh mallow in palmar psoriasis. — Practitioner. London, XXXI, p. 346—348.

Besnier, E. Les indications thérapeutiques du lupus (son

nouveau traitement par la cautérisation interstitielle fractionnée). — L'Union méd. Paris, 3. Sér., XXXVI, p. 637—643.

Besnier, E. Sudamina, sudamen. — Dictionn. encycl. d. sciences méd. Paris, 3. Sér., XII, p. 673—681.

Beurmann, de. Étude sur les causes et les symptômes du scorbut des prisonniers. — Arch. générales de méd. Paris, 1884, I, p. 23—26.

Blache, R. Vaccine efficace sans manifestations cutanées. — Revue mens. d. mal. de l'enf. Paris, I, p. 512—517; auch ein Sonderdruck: Paris, 8°.

Bochefontaine. Épidémies de choléra, de variole et de fièvre typhoïde chez les ouvriers en cuivre de Villedieu. — Gaz. hebdom. de méd. Paris, 2 Sér., XX, p. 768—770.

Bohn. Zur Aetiologie des Eczems im frühen Kindesalter, nebst therapeutischen Bemerkungen. — Wiener med. Blätter. VI, p. 1146.

Borck. Medullary cancer of the arm. — St. Louis med. and surg. Journ. 1884, XLVI, p. 64—66.

Bouley. Sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture, par MM. Bouchard, Capitan et Charrin. Rapport. — Arch. véter. Paris, VIII, p. 801—821.

Boyer, Jean. De l'albuminurie liée aux irritations cutanées. Thèse. Lyon, 4°, p. 92.

Brame, C. Acné indurata généralisé, contagieux, ayant pour origine un acné varioliforme ou varioloïde. — Gaz. méd. de Paris, 1882. 6. Sér. IV, p. 408.

Branchat, R. Contribución al estudio de la enfermedades carbunculas. — Gaceta méd. de Granada. I, p. 1—8.

Branchat, R. Algunas indicaciones respecto al origen, propagacion y profilaxis del sarampión. — Ibidem, p. 75—78.

Brocq, L. et G. Rivet. Observation de naevus verrucosus unius lateris. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 596—599.

Bruns, H. D. Three cases of leprous disease of the eye. — New Orleans med. and surg. Journ. 1883—84, N. S., XI, p. 351—355.

Bulkley, L. D. Clinical lectures on diseases of the skin. Lecture II. — New York med. Journ. XXXVIII, p. 253—255.

Bulkley. Dermatitis phlegmonosa. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1884, II, p. 25.

Calmette, E. Oreillons et fièvres éruptives; affinités et analogues. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 455—467.

Camilleri, F. de P. Del esclerema en los reciennacidos. — Gaceta de l. hosp. Valencia, II, pp. 108, 129, 152, 181.

Campana, R. Naftolo nella psoriasi del cuoio capelluto. — Salute: Italia med. Genova, 2 Ser., XVII, p. 252.

Campana, R. Mixoedema. — Ibidem. pp. 273, 297.

Campana, R. Della trasmissibilità della lepra negli animali bruti. — Ibidem, p. 249—252 u. 1 Taf.

Campana, R. Di una forma originale di lepra linguale. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 297.

Castro de, y Muñoz, J. M. Degeneracion y perversion del cowpox. — Andalucia méd. Córdoba, VIII, p. 173—183.

Cervasio, S. Contributo allo studio del morbillo nel regio esercito italiano. Roma, 8°.

Cervera, E. Un caso notable de molluscum fibroso. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VII, p. 434—438.

Charles, N. De la vaccine. Définition, nature, historique; origine, mode d'action; avantages, objections des anti-vaccinateurs, inconvenients et dangers. Liège, 8°, p. 16.

Chambard, E. Lichen hypertrophique et nigritie; observation clinique et recherches histologiques. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 511—526.

Chambard, E. et Gouilloud. Nouvelle contribution à l'étude des transformations des tumeurs congénitales de la peau; myome xanthomateux développé dans un molluscum. — Ibidem, p. 660—664.

Chambrelent, J. et A. Moussous. Expériences sur le passage des bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints du charbon. — Compt. rend. de la Acad. d. sciences. Paris, XCVII, p. 1142—1145.

Charpentier. Pachydermie symmétrique des membres inférieurs. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXVI, pp. 529, 567.

Chauveau, A. De l'inoculation préventive avec les cultures charbonneuses atténuées par la méthode des chauffages rapides. — Compt. rend. de l'Acad. d. sciences. Paris, XCVII, p. 1242—1245.

Chauveau, A. De la préparation et du mode d'emploi des cultures atténuées par le chauffage, pour servir aux inoculations préventives contre le charbon. — Ibidem, p. 1397—1400.

Cisneros, J. Existen dermatosis de naturaleza reumática? — Revista espec. de oftal., sifil. etc. Madrid. VII, p. 265—271.

Coppinger, C. Ichthyosis of the tongue, with malignant degeneration. — British med. Journ. London, II, p. 1022.

Corlett, W. T. A report of ninety consecutive cases of skin diseases treated at the dermatological clinic of Wooster University, Cleveland, O. — Columbus med. Jorurn. 1883—84, II, p. 159—162.

Cornil et Babes. Note sur le siége des bactéries dans la variole, la vaccine et l'érysipèle. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXVI, p. 749—752.

Cornil, V. Léçon sur l'érysipèle. — Journ. de connaiss. méd. prat. Paris, 1884, 3 Sér. VI, p. 1—3.

Cornil, V. Léçon sur le phlegmon.-Ibidem, p. 9—11.

Csokor, J. Ueber den feineren Bau der Geflügelpocke (Epithelioma contagiosum B.) — Oesterreich. Vierteljahrschr. f. wissensch. Veterinärkunde. Wien, LX, p. 1—24.

Cullingworth, C. J. Acute urticaria, as an occasional complication of Rötheln. — British med. Journ. London, II, p. 1234.

Cundell-Juler. Psoriasis. — Cincinnati Lancet and Clinic. 1884, N. S. XII, p. 33—40.

Danek, F. Ein Fall von Pemphigus acutus non syphiliticus bei einem Erwachsenen. — Wien. med. Woch. XXXIII, p. 1093—1095.

Dauchez, H. et P. Le Gendre. Sarcomatose cutanée généralisée; troubles cérébraux oculaires et trophiques pouvant faire admettre une généralisation des néoplasmes dans les centres nerveux; asthénie cardiovasculaire terminale. — France méd. Paris, II, p. 893.

Delastre, Philibert. Contribution à l'étude de la rubéole ou Rötheln des Allemands. Thèse. Lyon, 4°, p. 92.

Deschere, M. Vaccination before the tribunal of history. — North American Journ. of Homoeopath. New York, XXXII, p. 177—192.

Dieudonné. Morve aiguë; pyohémie; endocardite ulcéreuse; autopsie. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3 Sér. XXIV, p. 176—186.

Dieulafoy, G. Note sur une forme exceptionnelle de rougeole. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 855.

Dolan, Thomas M. Vaccination; its place and power. London, 8°, p. 45.

Dommartin, Lucien. Indications séméiologiques fournies par la coloration de la peau. Thèse (Nancy). Vouziers, 4°, p. 52.

Dornig, J. Ein Fall von Scarlatina-Variola. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 661.

Drewitt. A typical case of myxoedema. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVI, p. 466—468; auch British med. Journ. London, II, p. 1072, Discussion, ebenda p. 1079.

Duffy, F. A case of chromidrosis. — North Carolina med. Journ. Wilmington, XII, p. 260.

Duhring, L. A. A case of ainhum, with microscopic examination by H. Wile. — American. Journ. of the med. sciences. Philadelphia, 1884, N. S. LXXXVII, p. 150—154.

Duhring, L. A. On the value of a lotion of sulphide of zinc in the treatment of superficial lupus erythematosus. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 507.

Dunn, J. H. Diphtheria occurring with measles. — Northwestern Lancet. St. Paul, 1883—84, III, p. 40—42.

Durand-Fardel, M. Les eaux de Saint-Gervaise (Savoie) et leurs applications au traitement des maladies de la peau (eczémateuses) et de la dyspepsie. Vichy, 8.

Durodié. Étude sur la lèpre tuberculeuse et les léproseries fondées à Bordeaux et en Guyenne au moyen âge. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1883—84, XIII, pp. 115, 126, 153.

Fabre, Fernand. Quelques considérations cliniques sur les anthrax. Thèse. Montpellier, 4°, p. 58.

Fabre, P. Un cas de récidive de zona. — Gaz. méd. de Paris. 6 Sér., V, p. 500—502.

Fentem, P. S. Deaths from erysipelas after vaccination. — Lancet. London, II, p. 1010.

Ferrari, P. Il bacillo nella patologia della lebbra; studi sperimentali. — Giornale ital. d. mal. veneree e d. pelle. Milano, XVIII, p. 246—253.

Fouts, W. D. Small-pox epidemic in Jeffersonville. — Med. Herald. Louisville, 1883—84, V, p. 289—293.

Fowler, G. B.; E. Bradley and F. M. Warner. Concerning the epidemic of measles at the Infant Asylum. — Med. Record. New York, XXIV, p. 556.

Fox, T. C. Notes on two cases so-called erythema gangraenosum. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1884, II, p. 9—16.

Fox, T. C. Lupus erythematosus. — Ibidem, p. 22—24.

Fox, T. C. On urticaria pigmentosa or xanthelasmoidea, urticaria pigmentosa (Sangster); urticaria perstans pigmentosa (Pick); xanthelasmoidea (T. Fox). — Med.-chir. Transactions. London, LXVI, p. 329 bis 347.

Fox, Tilbury and T. Colcott **Fox**. Epitome of skin diseases, with formulae for students and practitioners. III[d] Americ. edit. revised and with additions by T. Colcott **Fox**. Philadelphia, 8⁰, p. 240.

Franceschi, G. Communicazione relativa allo studio teorico-pratico del lupus volgare. — Bull. d. scienz. med. di Bologna, 6 Ser., XII, p. 101—110.

Gallaher, T. J. Case of purpura haemorrhagica. — Pittsburgh med. Journ. III, p. 353—355.

Garcia de Castro y J. M. Muñoz. La viruela y la vacuna reconocen como causa un mismo virus? — Andalucia méd. Córdoba, VIII, p. 221—239.

Gasparini, L. Contributo alla jodoterapia nella pustola maligna carbuncolosa. — Gazz. med. ital. lombard. Milano, 8 Ser., V, p. 367—369.

Gee. A case of scarlatinal nephritis occurring in the eight week of convalescence. — British med. Journ. London, II, p. 875.

Gimié, Joseph Alexandre. De la cachexie pachydermique (Myxoedéme des auteurs anglais). Thèse. Montpellier, 4⁰, p. 103.

Glasner, A. Aetiologische Momente des Milzbrandes und der Cholera. — Med.-chir. Centralblatt. Wien, XVIII, p. 562.

Gomez de la Mata, F. Otitis herpéticas. — Anals de otol. y laringol. Alcala de Henares, I, p. 173—182.

Gomot, E. Du purpura idiopathique aigu ou typhus angéio-hématique. Paris 8⁰.

Goodridge, H. F. A. The contagiousness of erysipelas considered with especial reference to recent researches. — Practitioner, London, XXXI, p. 471—480.

Gripat, H. Note sur le pouls sous-unguéal. — France méd. Paris, II, p. 553—555.

Grönvold, C. Leprosy in Minnesota 1869—1883. A report to the State Board of Health of Minnesota. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1884, II, p. 17—22.

Grönvold, C. Meddelelse om spedalske Nordmaend i Amerika. — Forhandl. Norske med. Saelsk. i Kristiania, Hft. 10, p. 157.

Gros. De quelques accidents nerveux compliquant la variole et la varioloïde. — Alger méd. IX, p. 328—339.

Gross. Un cas d'éléphantiasis congénital des paupières et de la région temporale. — Mémoires de la soc. méd. de Nancy (1881—82) 1883, p. 13—36.

Güterbock, P. Ueber lupöse Verkrümmungen der Finger. — Virchow's Archiv. Berlin, XCIV, p. 218—226 u. 1 Taf.

Habermann, J. Massage gegen chronisches Gesichtsödem nach habituellem Erysipel. — Prager med. Wochenschr. VIII, pp. 389, 401.

Hager, O. Ueber das Reissner'sche Vaccinepulver. — Berliner klin. Wochenschr. XX, pp. 744, 760.

Hamlin, A. C. A case of molluscum. — Report Superv. Surg.-Gen. Marin. Hosp. Washington, p. 137.

Hanot. Purpura hémorrhagique (maladie de Werlhoff); endocardite végétante; athérome artériel; mort. — Arch. générales de méd. Paris, II., p. 478—485.

Hebra, H. von. Ueber Ichthyosis congenita; Keratosis diffusa, epidermica, intrauterina (Lebert). — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg II, p. 296—302 aus dessen: Lehrbuch der Hautkrankheiten. Braunschweig, 8°.

Herr, W. Ueber die Vertragbarkeit des Scharlachs durch gesunde Mittelpersonen und ein Vorschlag zu prophylaktischen Massregeln gegen denselben. — Prakt. Arzt. Wetzlar, XXIV, p. 265—271.

Hervouet. De la maladie bronzée d'Addison ou mélanodermie. Observation recueillie par Vince. — Paris méd. VIII, p. 529—532.

Hoff, A. On leprosy. — Australas. med. Gaz. Sydney, 1882 bis 1883, II, pp. 225, 248, 274.

Hurd, W. L. Report of an epidemic of small-pox at Paterson. — Transactions of the med. soc. of New Jersey. Newark, p. 373 bis 380.

Hyde, J. N. Study of a case of multiple sarcomata of the skin (Myeloma, mycosis fungoides, mycosis fongoide, inflammatory fungoid neoplasm). — Edinburgh med. Journ. 1883—84, XXIX, p. 592—606.

Jackson, G. T. An unusual case of herpes facialis. — Illustr. Med. and Surg. New York, II, p. 177 u. 1 Taf.

Jacob, E. L. Outbreaks of small-pox in two warkhouses. — Transactions Soc. Med. Off. Health, London, 1882—1883, p. 90—92.

Jager, P. de. Jets over de mazelen epidemie te Ternaard bij

Doekum. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XIX, p. 677—679.

Jex-Blake, Sophia. Two cases of peliosis rheumatica. — Med. Press and Circular. London, 1884, N. S., XXXVII, p. 6.

Johannessen, Axel. Die epidemische Verbreitung des Scharlachfiebers in Norwegen. Kristiania, 1884, 8°, p. 220 u. 2 Taf.

Keuchenius, L. W. C. Vaccine en vaccinedwang. Amsterdam, 8°.

Keyes. Unilateral hyperidrosis of the face. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1884, II, p. 24.

Kiemann, F. Allgemeine Beobachtungen in Bezug auf Aetiologie und Hygiene bei Typhus exanthematicus. — Mittheil. d. Wiener med. Doct.-Coll. IX, pp. 213, 229, 242, 259, 269.

Kingsbury, G. C. Acute urticaria. — British med. Journ. London, II, p. 1124.

Kirk, R. Case of myxoedema. — Glasgow med. Journ. 1883, 4 Ser. XX, p. 452; 1884, XXI, p. 1—10.

Knödler, F. Beitrag zur Milzbrand-Schutzimpfung. — Oesterreichische Monatschr. f. Thierheilk. Wien, VIII, p. 73.

Kranz, A. Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1882. — Aerztl. Intellig.-Blatt. München, XXX, p. 439—441.

Küpper. Symptome von Hirnreizung durch Epidermispfropf im Gehörgang. — Arch. f. Ohrenheilk. Leipzig, XX, p. 169.

Ladreit de Lacharrière. Note sur le traitement de la teigne tondante. — Union méd. Paris, 1884, 3 Sér., XXXVII, p. 25—31.

Lavergne, Fernand. Contribution à l'étude du lichen planus. Thèse. Paris, 4°, p. 102.

Le Diberder. De la scarlatine, sa nature et son traitement. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXVI, pp. 1044, 1051, 1058.

Lewinski. Zur Physiologie des Rete Malpighi. — Arch. f. Physiologie. Leipzig, Suppl.-Bd. p. 127—132.

Lewis, T. H. Notes of cases of skin disease treated at Rotorua, New-Zealand. — Australas. med. Gaz. Sydney, 1883—84, III, pag. 6.

Liegeois, C. A propos d'un cas d'érythème scarlatinoïde généralisée. — Concours méd. Paris, V, p. 556.

Lopez Baralt, R. Estudio sobre el contagio de la elefantiasis

y sobre la conveniencia de practicar la autopsia de los elefanciasos. — Revista méd.-quirur. Maracaibo, 1883—84, I, Nr. 1—4.

Lopez Ocaña, J. Varices de los párpados. — Crónica oftalm. Cadiz, 1883—84, XIII, p. 61—63.

Lortet. De la lépra tuberculose en Syrie, notes d'un voyageur en 1880. — Lyon méd. 1884, XLV, p. 5—9.

Maclean, D. On the treatment of measles. — Lancet. London, II, p. 632.

Maczewski, W. Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnej (Ueber die Inoculation der Blattern als Preservatif). — Medycyna. Warszawa, XI, pp. 593, 629.

Magalhães, J. L. A morphéa no Brazil, especialmente na provincia de S. Paula; Rio de Janeiro 1882. — Gaz. med. da Bahia, 1883—84, 3 Ser. I, pp. 12, 122.

Makuna, M. D. Two hundred and fifty years of small-pox in London. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVI, p. 306 bis 308.

Martin, H. Étude critique d'opinions diverses qui ont cours aujourd'hui dans la science sur l'étiologie et la nature du lupus. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 645—659 und Fortsetz.

Massey, G. B. Note on the value of électricity in some affections of the skin. — Med. News. Philadelphia, 1884, XLIV, p. 7.

Massini, R. Grundsätze zur Behandlung des Eczems. — Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte. Basel, XIII, pp. 548—551, 573 bis 584.

Mathieu, A, Purpuras cachectiques. Paris, 8°.

Mathieu, A. Note pour servir à l'histoire du pseudo-éléphantiasis strumeux. — Progrès méd. Paris, XI, p. 968.

Mc Neill, R. The diagnostic and prognostic value of the initial rashes of small-pox. — Edinburgh med. Journ, 1883—84, XXIX, pp. 251, 438.

Mercier, C. An epidemic of delirium (after scarlet fever). — British med. Journ. London, II, p. 630.

Merklen, P. Formes et pathogénie du purpura. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér., XX, pp. 656, 689.

Meyer, P. Un cas de pemphigus. — Gaz. méd. de Strasbourg, 3 Sér. XII, p. 121—124.

Meyer, P. Ueber einen Fall von tödtlicher pemphigusartiger Dermatitis mit Veränderungen im Nervensystem. — Virchow's Archiv. Berlin, XCIV, p. 185—211 u. 1 Taf.

Miglioranza, A. Le vaccinazione carbonchiose di Anguillara col sistema Perroncito. Conegliano, 8°.

Minch, G. N. O prokazie na iougie Rossii (Lepra im südlichen Russland). — Vrach, St. Petersburg, IV, pp. 609, 627, 643.

Mirapeix, Jean. Du mal perforant. Thèse, Montpellier. 4°, pag. 50.

Molkentin, R. Ein Beitrag zur Sicherstellung der Diagnose des occulten Rotzes. Leipzig, 8°.

Monot, C. Le mal perforant. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 945; vergl. auch Progrès méd. Paris, 1884, XII, p. 1.

Monroy Gonzalez, F. El conveniente la propagación de la vacuna? — Ensayo méd. Carácas, 1883—84, I, p. 36—38,

Monti, A. The treatment of mild cases of scarlet fever. — New York med. Journ. XXXVIII, p. 509.

Montiel, S. Ulcera perforante ó mal perforante de pie. — Revista méd.-quirur. Maracaibo, 1883—84, I, Nr. 5, 7—10.

Moore, C. F. Protean skin affection in children. — Dublin Journ. of med. sciences. 1884. 3 Ser. LXXVII, p. 86.

Morison, R. B. A new instrument for the treatment of seborrhoea and eczema capitis. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883 bis 1884, X, p. 446—449.

Morrow, P. A. Disseminated lenticular cancer of the skin; cancer en cuirasse. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1884, II, p. 1—9 u. 1 col. Taf.

Mossé. Prophylaxie de la variole; les revaccinations. — Gaz. hebdomad. d. sciences méd. de Montpellier, V, pp. 529—531, 565 bis 568.

Müller, F. Ein Fall von Lepra. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1883—84, XXXIV, p. 205—215 u. 1 Taf.

Neisser. Ueber das Xeroderma pigmentosum (Kaposi), Lioderma essentialis cum melanosi et telangiectasia. — Breslauer ärztl. Zeitschrift V, p. 211—215.

Neumann, I. Atlas der Hautkrankheiten. 2. Liefr. Wien; Fol.

Nikolski, D. Sluchai elephantiasis nogi. — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg, VIII, p. 4304—4306.

Niven, J. A clinical account of small-pox. — Edinburgh med. Journ. 1883—84, XXIX, p. 514—521.

Ohmann-Dumesnil, A. H. A case of symmetrical vitiligo. — St. Louis med. and surg. Journ. 1884, XLIV, p. 21—24.

Oppenraay, I. G. J. van. Otitis externa circumscripta. Furunkel van den utwendigen gehoorgang. — Nederlandsch milit. geneeskund. Arch. etc. Utrecht, VII, p. 711—733.

Ostmann. Ein Beitrag zur Würdigung der Schutzpockenimpfung. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 585.

Ostry, J. Ueber den Befund von Karyokinese in entzündlichen Neubildungen der Haut des Menschen. — Zeitschr. f. Heilkunde. Prag, IV, p. 252—280 u. 1 Taf.

Owings. Extensive exfoliation of the cuticle from quinine. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 454.

Pasteur. Les doctrines dites microbiennes et la vaccination charbonneuse. — Arch. véter. Paris, VIII, p. 281—287.

Pellereau, G. E. Roseola and measles in Mauritius. — Practitioner. London, XXXI, pp. 273, 333.

Perroncito, E. Le charbon chez les oiseaux. — Arch. ital. de biolog. Turin, IV, p. 14—18.

Perroncito, E. Ueber die Tenacität des Milzbrand-Virus in seinen beiden Gestalten als Spore und als Bacillus anthracis (Cohn). — Revue f. Thierheilk. Wien, VI, p. 161—167.

Peters, J. C. Scarlet fever in horses. — Journ. compt. of med. and surg. New York, 1884, V, p. 1—14.

Peters, J. C. The so called pink eye and horse scarlet fever. New York med. Journ. XXXVIII, p. 657.

Petrone. Sull' infezione scorbutica. — Gazz. d. osped. Milano, IV, pp. 569, 577, 585, 641, 681, 697.

Pfeiffer, L. Weitere Beiträge zur Würdigung des Revaccinationsverfahrens; die Gewinnung der Retrovaccine durch Flächenimpfung, nach Erfahrungen des Jahres 1883. — Corresp.-Blätter d. allgem. ärztl. Ver. v. Thüringen. Weimar, 1883, XII, p. 533—542.

Pick. Demonstration eines Falles von Rhinosklerom. — Prager med. Wochenschr. VIII, p. 445.

Pilon, Georges. Des kystes dermoïdes du cou. Thèse. Nancy, 4°, p. 60.

Pineau, E. Observation d'un cas d'ainhum indigène. — Union méd. Paris, XXXVI, p. 678—681.

Pinnock, R. D. Scarlatina coexistent with typhoid fever. — Australas. med. Gaz. Sydney, 1883—84, III, p. 12.

Planteau, Jean Jacques André. De la guérison spontanée de la pustule maligne. Thèse, Paris, 4°, p. 72,

Pohl-Pincus. Mikrokokken an den Epidermisschuppen von Scharlachkranken. — Centralblatt f. d. med. Wissensch. Berlin, XXI, p. 641—643.

Pohl-Pincus. Ueber die Alopecie und den indurativen Krankheitsprocess überhaupt. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 645 bis 649.

Poland. Sebaceous cyst of finger. — British med. Journ. London, II, p. 773.

Pott, R. Ueber die Einwirkung verschiedener Antiseptica auf die Schutzpockenlymphe. — Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart, 1882 bis 1883, IV, p. 407—416 und 4 Tab.

Poulet, V. Contagion de la morve du cheval à l'homme. — Concours méd. Paris, V, p. 470—472.

Pozzi, S. Névrite traumatique du plexus brachial droit; atrophie musculaire du membre blessé; troubles trophiques (éruption vésiculeuse) de la main droite; lésion trophique symmétrique du côté sain (main gauche). — Gaz. méd. de Paris. 6 Sér. V, p. 486—489.

Pray, T. J. W. The best means to prevent the spread of smallpox. — Transactions of the New Hampshire med. Soc. Concord, p. 53—83.

Purdon, T. E. A case of elephantiasis. — British med. Journ. London, II, p. 1281.

Quist, C. Die künstliche Züchtung der Vaccine-Organismen. — St. Petersburger med. Wochenschr. VIII, p. 369—371.

Rampoldi, R. Retinite pigmentosa in quattro fratelli pellagrosi. — Annali di ottalm. Pavia, XII, p. 268.

Rathery. Observation du purpura hémorrhagique; varioloïde intercurrente. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVI, p. 821—824.

Raudnitz, R. W. Erythema exsudativum multiforme septicum. — Prager med. Wochenschr. VIII, pp. 359, 380.

Rédares, H. De l'emploi du vin iodo-laudanisé dans le pansement des plaies et des ulcères. Thèse. Paris, 4°. p. 51.

Reed, B. A contribution to the study of Rötheln, or German measles. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 129.

Regéczy, N. I. A foliadékok aramlása hajszal-csovekben (Ueber die Wurzelscheide der Haare). — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII, p. 1293—1296.

Reichmüller, H. Ueber die Scharlachepidemie zu Göttingen im Jahre 1881—82. Göttingen, 1883, 8⁰.

Ribbing, S. Om difteri, croup, angina scarlatinosa m. m. — Eira. Göteborg, VII, p. 527—542.

Rincon, F. Observacion de un caso de ulcera maligna, curada con el uso de la brea liquida (Alquitran). — Revista méd.-quirur. Maracaibo, 1883—84, I, Nr. 2, 6.

Ritter, A. Ueber die Resorptionsfähigkeit der normalen menschlichen Haut. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1883—84, XXXIV, p. 143—158.

Robinson, A. R. Lichen ruber of Hebra and lichen planus of Wilson. — Med. Record. New York, XXIV, pp. 425, 510.

Robinson, J. A. Myxoedema. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVII, p. 467—473.

Robledo y Gonzalez Pedro. La lepra en Filipinas. Madrid, 8⁰, p. 38.

Roloff, F. Ueber die Milzbrandimpfung und die Entwicklung der Milzbrandbacterien. — Archiv f. wissensch. u. prakt. Thierheilk. Berlin, IX, p. 459—470.

Romanow, A. Ob ospoprivivanii raspadom (Inoculation der Blattern). — Vrach, St. Petersburg, IV, p. 705.

Rondot, É. Le scorbut dans la marine marchande; nécessité de créer un contrôle médical des approvisionnements à propos des épidémies dévelopées sur trois batiments du port de Bordeaux, en 1884. — Gaz. hebdom. de sc. méd. de Bordeaux. 1884, IV, p. 4—7.

Rosenblatt, E. Porażenie mięśni podudzia prawego po ospie (Lähmung der Muskeln des Schenkels nach Blattern). — Przeglad lekarski. Kraków, XXII, p. 521.

Rossignol, H. Les nouvelles expériences de Pouilly-le-Fort, l'immunité conférée par la vaccination pratiqué, avec les virus charbonneux atténués de M. Pasteur, est-elle transmissible de la mère au foetus? Angers, 8⁰. — Aus: Bulletin de la soc. de méd. véter. prat.

Ruiz de la Herrán, F. De puol come preservativo de las

cicatrices variolosas. — Gaceta méd. catal. Barcelona, VI, p. 735.

Sangster, A. and J. M. Bruce. On a rare form of itching vesicular eruption (? hydroa bulleux of Bazin). — Med. Times and Gaz. London, 1884. I, p, 7—11.

Schmidt, F. Die Uebertragbarkeit der Tuberculose durch cutane Impfung. — Aerztl. Intell.-Blatt. München, XXX, pp. 507, 522.

Schmidt, M. Rapide Aufsaugung eines bedeutenden pleuritischen Exsudats unter dem Einfluss eines Erysipels der betreffenden Toraxseite. — St. Petersburger med. Wochenschr. VII, p. 347.

Schwimmer. Pityriasis rubra. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 1043.

Schwimmer. Scleroderma partialis. — Ibidem, p. 1042.

Schwimmer, E. Néhány bőrbetegségről (Ueber Hautkrankheiten). Gyógyászat. Budapest, XXIII, p. 649—652.

Sehlen, D. von. Mikrokokken bei Area Celsi. — Fortschritte d. Med. Berlin, I, p. 763—765.

Serafino Raffaele. Il censimento vaccinico del commune di Napoli per l'anno 1882. Napoli, 1883, 8°, p. 26 u, 3. Tab.

Sexton, S. A rare case of excessive and tormenting itching in the external auditory canal of seven years' duration, without local lesion (pruritus auris). — Med. Record. New York, XXIV, p. 694.

Smith, W. G. Sudden extensive haemorrhage into the skin. — Dublin Journ. of med. science. 3 Ser. LXXVI, p. 421.

Snow, H. L. Hypericum (St. John's wort) for the prevention and cure of bed-sores. — British med. Journ. London, II, p. 1125.

Snowball, W. Purpura simplex. — Australian med. Journ. Melbourne, 4 Ser. V, p. 482.

Sobral, F. A epidemia de typho exanthematico em Manteigas. — Med. contemp. Lisboa, p. 183 u. folgende.

Sorbets, L. Cancroïde de la vulve ou épithélioma clitoridien. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 1115.

Sota, de la y Lastra R. Dei caratteri clinici che distinguono la lepra, il lupus ed il cancro della gola (Uebersetzt von V Mayer). — Arch. ital. di laringol. Napoli, 1882—83, II, p. 9—13.

Spadaro, C. Il iodoformio nella cura dell' erisipela. — Gazz. d. osped. Milano, IV, pp. 691, 700.

Starr, L. Clinical lecture on varicella. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 121—124.

Stelwagon, H. W. Impetigo contagiosa, its individuality and nature. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 676—679.

Stewart, J. G. The treatment of chronic ulcers. — Med. Chronic. Baltimore, 1883—84, II, p. 85.

Stockhammer, E. Beschreibung der Anstalt für animale Vaccination in Linz. Linz, 8°, p. 13 u. 1 Taf.

Stokes, W. Extensive epithelioma of lip and chin, involving alveolus of lower jaw, excision of ulceration, and of portion of lower jaw; cheilo-plastic operation subsequently performed. — Dublin Journ. of med. science. 3 Ser., LXXVI, p. 355—357.

Stumpf, L. Ueber die Vertragbarkeit der Masern, des Scharlachs und der Blattern durch dritte Personen. — Aerztl. Intell.-Blatt. München, XXX, p. 433—435.

Talamon, C. Des complications pleuro-pulmonaires de l'érythème noueux. — Progrès méd. Paris, XI, pp. 281, 301.

Talamon, C. Sur une éruption cutanée, simulant l'erythème noueux, due á l'iodure de potassium. — France méd. Paris, 1884, I, p. 77—80.

Taylor, W. T. Report of a case of eczema rubrum. — Med. Bulletin. Philadelphia, V, p. 250.

Tebault, C. H. Modified inoculation. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXVI, p. 487—491.

Thibierge, G. Purpura à disposition symétrique, survenu à la période ultime d'un cancer de l'estomac. — France méd. Paris, II. p. 517.

Thin, G. On the bacillus of leprosy. — Med.-chir. Transactions. London, LXVI, p. 315—328 u. 2 Taf.

Titeca. Quelles sont les règles à suivre pour opérer une bonne vaccination ou revaccination? — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér. XXIV, p. 313—317.

Tizzoni, G. Epitelioma a globi ialini o cilindroma di natura epiteliale della vulva. — Arch. per le scienz. med. Torino, 1883—84, VII, p. 187—202.

Tolédano. De l'emploi du sousnitrate de bismuth dans le traitement des ulcères variqueux. — Bulletin de la Société de méd. prat. de Paris (1882). 1883, pp. 69, 88.

Trasbot, L. Un cas de charbon bactéridien chez une lionne, contaminée, selon toute probabilité par de la viande de mouton. — Arch. vétér. Paris, VIII, p. 641—646.

Trélat. Mal perforant aux deux pieds, d'origine spinale, chez une femme. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 1170—1172.

Tripe, J. W. An outbreak of small-pox in Hackney Workhouse Infirmary, which was cut short by vaccination, isolation, and desinfection. — Transact. of the Soc. Med. Off. Health. London, 1882—83, p. 87—90.

Troisier, E. Les nodosités rhumatismales sous-cutanées. — Progrès méd. Paris, XI, pp. 947, 966.

Valude, É. Épithélioma du cuir chevelu. — Revue mens. d. mal. de l'enfant. Paris, I, p. 470—472.

Van Cleemputte. Épidémie de la variole de 1882—83 à Mont-Saint-Amand. — Annales de la Soc. de méd. de Gand. LXI, pp. 166, 173.

Van Harlingen, A. Notes on one hundred consecutive cases of skin diseases treated at the Philadelphia Policlinic. — Policlinic. Philadelphia, I, pp. 3, 20, 65.

Van Harlingen, A. The treatment of psoriasis. — Boston med. and surg. Journ. CIX. p. 438—440.

Verardini, F. Rapporto generale intorno le vaccinazioni e rivaccinazioni eseguite nell' anno 1881 nelle Provincie dell' Emilia, dell' Umbria e delle Marche. — Guglielmo da Saliceto. Piacenza, 1883—84, V, pp. 57, 92.

Vidal, E. De la dermatose de Kaposi (xeroderma pigmentosum). — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 621—644 u. 2 Taf.

Viscarro, R. Estado de la lepra en Vinaroz y otros puntos de España. — Siglo méd. Madrid, XXX, p. 664—666.

Wahl, M. Statistische Mittheilungen über drei Pockenepidemien in Essen während der Jahre 1866—67, 1871—72 und 1881—82. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, pp. 684, 702.

Warlomont. Nouvelles recherches sur les origines de la vaccine. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, pp. 694, 706.

Weber, G. C. E. Elephantiasis Arabum cured by ligature of the femoral artery. — American Journ. of med. sciences. Philadelphia, 1884, N. S. LXXXVI, p. 164—170.

Wells, J. R. Treatment of facial erysipelas with iodide of potassium. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLIX, p. 613.

Wenning, W. H. Hematoma vulvae. — Obstetric Gaz. Cincinnati, VI, p. 733—735.

Werner. Erfahrungen über Scharlach. — Med. Corresp.-Blatt d. würtemberg. ärztl. Ver. Stuttgart, LIII, pp. 105, 177, 201.

Wertheimber, A. Ueber die Verbreitungsart der Masern, des Scharlachs und der Blattern. — Aerztl. Intell.-Blatt. München, XXX, p. 431.

Whelan, J. H. Modified and anomalous scarlatina. — Lancet. London, II, p. 769.

Wicherkiewicz, B. Twardziel powiek i twarzy (Sclerema). — Gaz. lekarska. Warszawa, 1884, 2 Ser. IV, p. 27—31.

Wigglesworth, E. Purpura from quinine. — Boston med. and surg. Journ. CIX, p. 587.

Williams, D. The prevention and treatment of chilblains. — British med. Journ. London II, p. 1233.

Wolffberg, S. Ueber den Einfluss des Lebensalters auf die Prognose der Blattern sowie über die Andauer des Impfschutzes; eine statistische Untersuchung. — Ergänzungsheft z. Centralblatt f. allgem. Gesundheitspflege. Bonn. 1883—84, I, p. 1—48.

Woodruff, L. A case of albuminuria following purpura haemorrhagica. — Columbus med. Journ. 1883—84, II, p. 300—302.

Transactions of the American Dermatological Association at the seventh annual meeting held at Lake George, New York, August 29, 30 and 31, 1883. Official report of the proceedings by the secretary, Dr. Arthur Van Harlingen. Baltimore, 1883, 8° p. 48.

Du zona et de sa récidivité exceptionnelle. — Gaz. des hôpitaux, Paris, LVI, p. 985.

Epidemia de sarampión en Barcelona, 1881—82. — Gaceta méd. catalun. Barcelona, VI, pp. 333, 365 (1. Taf.) 397, 461, 493, 589, 621.

Lettres relatives à la découverte du cowpox dans la Gironde. — Travaux du conseil d'hygiène publ. de la Gironde (1882). Bordeaux, 1883, XXIV, p. 279—290.

Anstalt für animale Impfung zu Leipzig. Erläuterung zur Darstellung der animalen Vaccination „seitens der Anstalt für animale Impfung zu Leipzig" auf der Hygiene-Ausstellung zu Berlin 1883, Leipzig, 1883, 8°, p. 12.

Verslag van de werkzaamheden der 's Gravenhaagsche Vereeni-

ging voor Koepokinenting, gedurende het jaar 1882. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, 1883, XIX, p. 693—696.

Verslag van de werkzaamheden van het Genootschap ter bevordering der Koepokinenting, onder de zinspreuk: Ne pertis intret vigila, te Rotterdam, gedurende het jaar 1882. — Ibidem, p. 853—862.

Erlass des königlichen preussischen Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten vom 3. April 1883 betreffend Anzeige und sanitäts-polizeiliche Massregeln bei Pocken in Krankenanstalten. — Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. Braunschweig, XV, p. 780.

Venerische Krankheiten.

Drittes Verzeichniss.

Albrecht, J. F. Lehrbuch zu sichern Heilung aller syphilitischen Krankheiten, oder von der venerischen Ansteckung und den Mitteln, sie selbst zu heilen. VIII. Aufl. Quedlinburg, 8°, p. 135.

Arnold, J. D. Oedema of the glottis in a case of syphilitic ulceration of the larynx; tracheotomy avoided by the use of the catheter. — Med. Chronic. Baltimore, 1883—84, II, p. 43.

Aubert, P. Quelques renseignements sur le chauffage des lésions vénériennes. — Journ. de thérap. Paris, X, p. 648—651.

Aubert, P. La chaleur et le chancre simple. — Lyon méd. XLIII, p. 479—486.

Aubert, P. Du chauffage des organes génitaux et des lésions vénériennes. Lyon, 8°.

Axford, W. L. A case of epididymitis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 395.

Balzer, F. Anévrysmes miliares du péricarde chez un syphilitique. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 3 Sér. II, p. 93—95.

Baratoux, J. Syphilis; nécrose des os du nez; expulsion de la partie centrale du sphénoïde. — Revue mens. de laryngol. etc. Bordeaux, IV, p. 225—229.

Barringer, P. B. An essay on constitutional syphilis. — North Carolina med. Journ. Wilmington, XII, pp. 89, 137.

Barthèlemy, T. et F. Balzer. Syphilides. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris, XXXIV, p. 432—597.

Barthélemy. Appareils à irrigation de la vessie et des autres cavités normales ou pathologiques; instruments pour la recherche des rétrécissements dits infranchissables de l'urète. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LIV, pp. 668, 675.

Barthélemy. Syphilis héréditaire tardive. Observation recueillie dans le service de M. Fournier. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 437—441.

Barthélemy. Pronostic général de la syphilis; nécessité absolue de protéger contre elle la santé publique. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 146—157.

Beeker. A. R. Jodoform in fissure of the anus. — Boston med. and surg. Journ. CIX, p. 354.

Behrend, G. Ein Kind mit hereditärer Knochensyphilis. — Verhandl. der Berliner med. Gesellsch. (1881—82) 1883, XIII, p. 6.

Benavente, M. Observaciones sobre la sifilis de los niños. — Revista de enfermed. de niños. Madrid, I, pp. 162, 193.

Binet, Édouard, Du rôle de la syphilis dans la cécité. Thèse. Paris, 4°, p. 71.

Birch-Hirschfeld. Ein Präparat von Herzsyphilis. — Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Dresden. 1882—83, p. 5.

Birdsall, W. R. Statistics relating to the association of syphilis with locomotor ataxia. — Journ. of nerv. and mental disease. New York, X, p. 522—525.

Bock, E. Ueber das Gumma des Lides. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII. p. 293.

Boegehold, E. Ueber die Behandlung des acuten Blasenkatarrhs. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 512—514.

Bort, A. Observacion clinica de una ulcera venerêa complicada con fagedenismo. — Gaceta de l. hosp. Valencia, II, p. 446—448.

Bottey, F. Note sur l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement des chancres et des bubones chancreux. — Annal. de derm. et syph. Paris, 2 Sèr., IV, p. 432—436.

Bouchut. Syphilis héréditaire des nouveau-nes. — Paris méd. VIII, p. 385.

Brémond. Rétrécissement du larynx consécutif à une nécrose

syphilitique du cricoïde. — Revue mens. de laryngologie etc. Bordeaux, IV, p. 264—269.

Brisson, Antonin. Étude sur la sciatique blennorrhagique. Thèse (Paris). Le Mans, 4°, p. 69.

Bristowe, J. S. Clinical remarks on softening of the crus cerebri and pons, and on syphilitic disease of the cerebral arteries. — Lancet. London, II, p. 1—4.

Bryan, J. H. Dissecting bubo. — Proceedings of the med. Soc. of the County of Kings. Brooklyn, 1883—84, VIII, p. 126.

Bryant, T. The surgical affections of the tongue. — Guy's Hospital Report. London, 3 Ser. XXVII, p. 101—146 u. 7 Taf.

Bryce, C. A. Syphilis form accidental causes. — Southern Clinic. Richmond, VI, p. 266—268.

Bulkley, L. D. Two cases of chancre of the lip. — Planet. New York, I, p. 85.

Bumstead, Freeman J. and Robert W. Taylor. The pathology and treatment of venereal diseases. V. edition, revised and rewritten, with many additions by Dr. Taylor. Philadelphia, 8°, p. 906 und 2 Tafeln.

Campana. Patologia della blennorragia in rapporto alla terapia. — Salute: Italia med. Genova, 2 Ser., XVII, p. 145.

Campana, R. Sifilide e sifilitici in un triennio di chimica. Genova.

Campana, R. Il iodoforme nella uretrite acuta. — Salute: Italia med. Genova, 2 Ser., XVII. p. 33.

Cantó. Sifiloma dell cuello. — Gaceta de l. hosp. Valencia, II, p. 424—426.

Canto. La dermatologia y la sifilografia en España. — Ibidem, pp. 25, 73, 217, 289.

Carrieu. Périencéphalite diffuse et ramollisement cérébral aigu survenant trois mois après une fièvre typhoïde (syphilis douteuse). — Gaz. hebdomad. d. scienc. méd. de Montpellier, V, p. 409—411.

Caspary, J. Ueber Syphilis hereditaria tarda. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 455—457.

Cory, J. B. Peritonitis complicating gonorrhoea. — Denver med. Times. III, p. 103.

Couzon, A. M. Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise. Thèse (Paris). Le Mans, 4°, p. 45.

Creed, J. M. Curious result of cannibalism in New Caledonia. — Australas. med. Gaz. II, p. 142.

Davies-Colley, J. N. C. On acute gonorrhoeal rheumatism. — Guy's Hospital Report. London, 3 Ser., XXVI, p. 187—203.

Davis, J. D. S. Abscess of maxillary sinus caused by syphilis. — Weekly med. Review. Chicago, VIII, p. 230.

Dawosky. Das spitze Condylom. — Memorabilien. Heilbronn, N. F., III, p. 276—280.

Dellenbaugh, Z. T. Gonorrhoea easily cured. — Coll. and clinic. Record. Philadelphia, IV, p. 172.

Diday, P. Traitement antiparasitaire de la blennorrhagie uréthrale. — Lyon méd. XLIII, p. 273—279.

Doillon, Georges. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique. Thèse. Paris, 4°, p. 42.

Doyen, E. Des altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire. Paris, 8°, p. 39.

Dreyfus Brisac. Albuminuria in the secondary period of syphilis. Lecture. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLIX, p. 1—3.

Drysdale, C. R. The French experiment for the prevention of syphilis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVI, p. 109.

Duflocq. Fièvre syphilitique. — France méd. Paris, II, p. 292 bis 295; auch in Courier méd. Paris, XXXIII, p. 319.

Duhourcau. Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets. Paris, 8°, p. 48. — Aus: Annales de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris. XXVIII.

Duhring, L. A. Small tubercular syphiloderm of the face. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 679.

Erb, W. Zur Aetiologie der Tabes dorsalis. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 481—483.

Eulenburg, A. Die in den letzten 10 Jahren gemachten Fortschritte in der Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis. — Med.-chirurg. Corresp.-Blatt f. Deutsch-Amerik. Aerzte. Buffalo. I, Nr. 6, p. 1—9.

Falkson, R. Zur Lehre von den luetischen Gelenkleiden. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 375—378.

Ferguson, J. The simultaneous occurrence of chancroid and chancre. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 429.

Ferguson, R. M. Syphilitic irido-kyklitis. — Louisville med. News. XVI, p. 82.

Ferrari, P. Il nitrato d'argento nell' adenite ulcerosa. — Gazz. d. osped. Milano, IV, p. 547.

Finny, J. M. Syphilitic disease of the face. — Dublin Journ. of med. science. 3 Ser. LXXVI, p. 162.

Fischer, G. Gummigeschwülste an dér Innenfläche der Wange und im sublingualen Raum der Mundhöhle. — Deutsche Zeitschr. f. Chir. Leipzig, XIX, p. 127—129.

Fournier. De la syphilis héréditaire tardive. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, pp. 626, 634, 642, 650, 690, 714; auch in: France méd. Paris, I, pp. 847, 860, 871; II, pp. 1, 13, 25, 37, 49, 73, 85, 99, 133, 147, 158, 193.

François, Georges. Quelques considérations sur les gommes de l'encéphale. Paris, 8°, p. 107.

Gamberini, P. Caso di linfo-adenoma. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 146—150.

Gamberini, P. La dottrina dei microbi applicata alla dermatologia e sifilografia. — Bullettino d. scienze med. di Bologna. 6 Ser. XI, p. 361—391.

Gardner. Malignant ulceration of soft palate with enlargement of submaxillary glands. — Australian med. Journ. Melbourne, N. S. V, p. 195.

Gay, C. C. F. Syphilitic mammary disease. Report of a case of inherited syphilis; removal of mammary tumors by Thomas' method, after treatment by the iodides. Med. Record. New York, XXIV, p. 91.

Geffrier. Artérite syphilitique prècoce des artères de la base du cerveau; thrombose du tronc basilaire. — France méd. Paris, I, p. 884; auch in: Annal. de derm. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 446—450.

Gerne, P. Diagnostic et traitement des ulcérations de la langue. — Concours méd. Paris, V, p. 340—343.

Gihon, A. (und Andere). Report of the committee on prevention of venereal diseases. — Americ. Public Health Associat. Reports 1882. Boston, 1883, VIII, p. 71—101.

Girard, H. La syphilis dans l'étiologie du rachitisme. — Revue méd. de la Suisse Rom. Genève. III, p. 385—394.

Gouguenheim et G. Morin. De la valeur comparative de la médication iodurique et de la médication hydrargyrique de la syphilis, notamment à la période dite secondaire de la maladie. Paris, 8°. -- Aus: Bulletin de la Soc. de thérap.

Hahn, E. Zur Behandlung der syphilitischen Mastdarm-Ulcerationen durch die Colotomie. — Arch. f. klin. Chir. Berlin, XXIX, p. 395—408 u. 1 Taf.

Hall, L. M. Congenital syphilis. — Physician and Surgeon. Ann. Arbor, Michigan, V, p. 199.

Hamilton, D. J. On the condition of the urethra and neighbouring parts in acute gonorrhoea. — Practitioner. London, XXXI, p. 161—168.

Hamonic, P. De quelques formes cliniques de la blennorrhagie localisée chez la femme. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 427—431.

Harsant, W. H. Families with congenital syphilis. — Bristol med.-chir. Journ. I, p. 83—87.

Harsant, W. H. Chancre of the lip. — Ibidem, p. 97.

Hermanides, S. R. Reglementeering der prostitutie, hygienisch gerechtvaardigd. Openbare brief aan Prof. G. v. Overbeek de Meijer. 's Gravenhage, 8°.

Horne, J. F. Trephining in gunshot wounds of the head and syphilitic disease of the cranial bone. — Detroit Lancet. 1883—84, N. S. VII, p. 103—106.

Horteloup, P. et L. Jullien. Note sur la blennorrhagie et les déviations du processus blennorrhagique. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 317—326.

Huet, G. D. L. Opmerkingen naar aanleiding van het Rapport der in 1882 benoemde Commission der Maatsch. tot bevord. der Geneeskunde, om na te gaan de gebreken, die aan het tegenvordig toezigt op de prostitutie, waar dit bestaat, kleven, enz. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XIX, p. 405—409.

Hyde, J. N. A study of the coincidence of syphilitic and non-syphilitic affections of the skin. — Journ. of the Americ. med. Associat. Chicago, I, p. 353—361.

Irsai, A. A bujakóros gerinczvelölob gyógyult esete. (Fall von geheilter Myelitis syphilitica.) — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII,

p. 609—617; deutsch in: Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 689—691.

Jubineau, Fernand. Étude sur le tabes dorsal spasmodique; sclérose primitive des faisceaux latéraux. Thèse. Paris, 4°, p. 62.

Kemper, G. W. H. Syphiliphobia. — Indiana med. Journ. Indianopolis, 1883—84, II, p. 46.

Kidd, P. Two cases of congenital syphilis of the larynx. — Proceedings of the Roy. med. and chir. Soc. of London. 1882—83. N. S. I, p. 119—123.

Kiernan, J. G. Syphilis in its relations to progressive paresis. — Alienist and neurologist. St. Louis, IV, p. 450—460.

Koebner, H. Zur Frage der Uebertragbarkeit der Syphilis auf Thiere. — Wiener med. Wochensch. XXXIII, p. 897—903.

Laffan. Necrosis of skull from tertiary syphilis. — Lancet. London, II, p. 281.

Lancereaux, E. Des arthrites génitales. — Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, 1882—83, I, p. 579—589.

Landesberg, M. Genuine atrophy of the optic nerve, and tabes dorsalis, dependent upon syphilis. — Philadelphia med. Times 1882 bis 1883, XIII, p. 827—829.

Landouzy, L. De l'amygdalite infectieuse. — Journ. des conaiss. méd. prat. Paris, 3 Sér. V, pp. 265, 274; auch in: Progrès méd. Paris, XI, pp. 601, 628.

Langlebert. Traitement de la blennorrhée (uréthrite ou blennorrhagie chronique, goutte militaire, suintement etc.). — Thérap. contemp. Paris, III, p. 511.

Langlebert. Traitement de la blennorrhagie aiguë. — Ibidem, p. 486—490.

Laquerrière. De la syphilis équine (mal du coït, do urine etc.) — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, pp. 515, 543, 560.

Lauga, J. Du rhumatisme vague dans la blennorrhagie. Bordeaux, 4°, p. 33.

Lavergne, F. et L. Perrin. Observation d'un type de syphilis héréditaire tardive. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 442—445.

Leegaard, C. Nogle Ord om Spedalskhed. — Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Christiania, XIII, p. 495—499.

Letnick, L. Zur Frage der Syphilisimpfung an Thieren und des

Vorkommens von Mikroorganismen im syphilit. Schanker. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, p. 1068—1072.

Lewin, G. Studien und Experimente über die Function des Hypoglossus im Anschluss an mehrere Fälle von syphilitischer Glossopologie. Berlin, 8°.

Leyden. Syphilitische Herzaffection. — Deutsche med. Wochensch. Berlin, IX, p. 419.

Link, F. Ueber die Behandlung der Syphilis bei Säuglingen. — Prager med. Wochenschr. VIII, p. 305—307.

Lopes Rodrigues, J. F. Do hydrato de chloral no tratamento da blennorrhagia. — Uniaa med. Rio de Janeiro, III, p. 150—155.

Lorenzo, G. di. Rapido sguardo sul passato ed il presente delle malattie veneree e della pelle. — Scuola med. Napol. VI, p. 15—21.

Lublinski, W. Die syphilitischen Stenosen des Oesophagus. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 499—502.

Lublinski, W. Ueber syphilitische Pharynxstricturen. — Ibidem, p. 361—364.

Majocchi, D. Endo-arterite e peri-arterite nel sifiloma del palato osseo terminante colla perforazione, ricerche isto - patologiche. — Memor. d. r. Accad. med. di Roma. 1882, I, p. 5—21 u. 1 Taf.

Manchon, M. Syphilis cérébrale précoce. Thèse. Paris, 4°, p. 51.

Mangiagalli, L. La sifilide in rapporto collo stato di maternità. Milano. 8°.

Massari, J. von. Ein sich selbst haltender löffelförmiger Scheidenspiegel. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 924—927.

Masselon, J. Mémoires d'ophthalmoscopie. Chorioretinité spécifique. Paris, 8°.

Meighan, T. S. Two cases of hard chancre of the eyelid. — Glasgow med. Journ. 4 Ser., XX, p. 211—213.

Millard. Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique terminé par guérison chez une petite fille de deux mois et demi. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXVI, p. 186—189.

Miller, N. C. Two cases of caruncle of the female urethra. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLIX, p. 390.

Milliez, Paul Louis. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par injections sous-cutanés de peptône ammonique mercurique. Thèse. Lille. 4°, p. 40.

Milton, J. L. The nature of the syphilitic virus and the way

in which it acts. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXVI, pag. 1—15.

Minerbi, C. Di una manifestazione sifilitica secondaria. — Salute: Italia med. Genova. 2 Ser. XVII, p. 158.

Minor, J. L. A case of gumma of the ocular conjunctiva. — Arch. of ophthalm. New York, XII, p. 228—230.

Moore, J. W. Syphilitic sore throat. — Med. Annals. Albany, IV, p. 156—159.

Neumann, I. Ueber hypodermatische Behandlung der Syphilis. — Centralbl. f. d. ges. Therapie. Wien, I, p. 355—360.

Neumann, I. Jodoform gegen Syphilis. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, pp. 326, 338.

Neumann, I. Ist die Syphilis ausschliesslich eine Krankheit des menschlichen Geschlechtes oder unterliegen derselben auch Thiere? — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, p. 903—905.

Newmann, Robert. The treatment of urethritis and leucorrhoea. Richmond, 8°, p. 15.

Newmann, Robert. Does the character of pus diagnosticate gonorrhoea as a specific infection from a simple (benign) urethritis? A medico-legal sketch. Richmond, 8°, p. 8.

Nicholson, B. On turpentine in secondary syphilis, and in phagedaenic sores following fever. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 234.

Noquet. Syphilis héréditaire tardive; perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche, chez un enfant de dix ans; otite moyenne double, concomitante; effets hereux du traitement spécifique. — Bulletin méd. de nord. Lille, XXII, p. 117—128.

Obersteiner. Ueber Syphilis als Ursache von Dementia paralytica. — Anzeiger der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 1882—83, p. 167—171.

Obersteiner, H. Die Beziehungen der Syphilis zur Dementia paralytica. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, pp. 1013, 1037.

Oliveira, M. J. de. Observaçao de un caso de hemoptysis cedendo ao emprego das capsulas copahyba. — Annaes Brasilien. de med. Rio de Janeiro, 1882—83, XXXIV, p. 277—282.

Ozenne. Des gommes de la verge. — Revue de chir. Paris, III, p. 532—539.

Panas. Des exostoses fronto-orbitaires. Paris. 8°.

(Panas.) Les arthrites blennorrhagiques. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 618.

Perez Caballero, F. Historia de una sifilide vesiculosa herpetiforme. — Gaceta de l. hosp. Valencia. II, p. 198—201.

Perez Vizcaino, A. Administracion del mercurio en la sifilis. — Revista méd. de Sevilla. II, pp. 178, 197, 226, 247, 272, 315.

Perfilev, M. O. Otchet po sifiliticheskomu otdielenijou Kalinkowskago Morskago gospitalja za 1881 g. (Bericht über die syphilitische Abtheilung des Marien-Hospitals in Kalinki.) — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, April, p. 15—29.

Périer, C. du. Contribution à l'étude du diagnostic des ulcérations de la langue. Thèse. Paris, 4°, p. 78.

Perrin, M. Observation de trépanation chez un syphilitique; stérilité du traitement spécifique avant l'opération; efficacité très rapide après la trépanation; guérison. — Bulletins et Mém. de la Soc. de chir. de Paris. N. S. IX, p. 495—504.

Peszke, J. Synonimy przymiotu (Syphilis). — Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. Warszawa, LXXIX, p. 381—399.

Petraglia, G. Della sifilide cerebrale, curata colla inoculazione ipodermica al sublimato. — Arch. clin. ital. Roma, XIII, p. 177—181.

Pini, G. Sorveglianza sulla prostituzione. — Giornale d. Soc. ital. d'igien. Milano, V, p. 525—543.

Pokrovski, V. M. Zamietka ob operation om liechenenii pachovich bubonov (Indicationen für die operative Behandlung der Inguinalbubonen). — Vrach, St. Petersburg, IV, pp. 386, 407, 424, 453, 484.

Post, M. H. Syphilitic interstitial keratitis. — St. Louis Courier of med. X, p. 385—389.

Potter, P. On the necessity of exposure of soft chancres with regard to the treatment. — Lancet. London, II, p. 257.

Proegler, C. Die Aetiologie der congenitalen Syphilis, histologisch betrachtet. — Med.-chir. Corresp.-Bl. f. Deutsch-Amerik. Aerzte. Buffalo, I, Nr. 7, p. 12—19.

Purjesz, Ignaz. Therapeutisches Recept-Taschenbuch für venerische Krankheiten. Stuttgart, 12°, pp. VIII, 96.

Quincke, H. Ueber das Verhalten des Harns nach Gebrauch von Copaivabalsam. — Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakol. Leipzig, XVII, p. 273—277.

Ramonat, Marius. La syphilis chez les scrofuleux. Étude chirurgicale. Thèse. Paris, 4°, p. 129.

Ranguedat, L. Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. Thèse. Paris, 4°, p. 41.

Raphael, H. Gonorrhoea with ulceration of the neck of the bladder, of four months' duration, cured by blisters to the perinaeum. — New York med. Journ. XXXVIII, p. 431.

Raphael, H. A case of tubercular syphilide of the face. — Ibidem, p. 459.

Ravogli, A. The endoscope in diseases of the male urethra. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX, pp. 99—102, 117, 157, 177, 217, 268.

Réclus, P. Lecture on rachitis and hereditary syphilis. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVIII, p. 677—681.

Regules y Sanz de Rio, V. Patologia general de la sifilis. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VII, pp.185, 225, 272; vergl. auch: Consulta. Cádiz, II, pp. 79, 97, 121, 145.

Reynolds, H. J. Aetiology of urethral inflammation. — Transactions of the Michigan med. Society. Lansing, VIII, No. 3, p. 382 bis 386; auch in: Chicago med. Journ. and Examiner, XLVII, p. 36—41.

Riedel, B. Casuistische Mittheilungen aus dem Gebiete der tertiären Syphilis. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 394—397.

Rizat, A. De la blennorrhagie, sa nature et son traitement. — Concours méd. Paris, V. p, 304—306.

Rodriguez Góngora, S. Chancro infectante del cuello de la matriz; resultados obtenidos con el hidrato de cloral al exterior y el bicromato de potasa al interior. — Voz de Hipócrates. México, I, p. 161—163.

Roger, Henri. Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. Tome II: Syphilis; coqueluche. Paris, 8°, p. 840.

Roger, H. Du traitement préventif de la syphilis infantile. — Thérap. contemp. Paris, III, p. 451—456.

Roger, H. Thèrapeutique de la syphilis infantile. — Ibidem, p. 465—471.

Rohmer. Le sarcocèle syphilitique. Paris, 8°, p. 139.

Roques. Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile terminé par la guérison. — Union méd. Paris. 2 Sér., XXXVI, p. 235—239.

Ruff, P. B. Inflammation and ulceration of the neck of the uterus during pregnancy. — Transactions of the Southern Carolina med. Associat. Charleston, p. 41—44.

Sanjuán, M. Diagnóstico general de chancro Hunteriano. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VII, p. 232—237.

Schäfer, H. Beitrag zur Casuistik der Iritis gummosa. — Berliner klin. Wochenschr. XX, pp. 407, 426.

Schmit, A. L'uréthrite ourlienne existe- t- elle? — Arch. de méd. et pharmac. milit. Paris, I, p. 109—112.

Schultze. Beitrag zur Lehre von der secundären Degeneration im Rückenmarke des Menschen, nebst Bemerkungen über die Anatomie der Tabes. — Arch. f. Psychiatr. Berlin, XIV, p. 359—390 u. 1 Taf.

Simens, J. H. C. Etiology of urethritis. — Policlinic. Philadelphia, I, p. 1—3.

Sinéty, de. Sueurs locales des extrémités chez une syphilitique. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. Paris, 7 Sér. IV, p. 514—518.

Smith, F. H. Ulcer and fissure of the rectum. — Med. Record. New York, XXIV, p. 234.

Sormani, J. De la profiláxis de la enfermedades venéreas y especialmente de la sifilis. — Bolet. de med. naval. San Fernando, VI, pp. 100, 121, 150.

Stintzing, R. Thrombose der Arteria basilaris und der Arteria fossae Sylvii sinist.; beiderseitige Paralysie; Aphasie; letal. — Aerzt. Intell.-Blatt. München, XXX, p. 319.

Taylor. A case of keloid following syphilis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 308—310.

Taylor, R. W. On the peculiar appearance of the initial lesion of syphilis at the earliest period of its development. — Med. Record. New York, XXIV, p. 255.

Taylor, R. W. On the polymorphous changes in the tubercular syphilide. — Journ. of cutan. and ven. diseases. New York, 1882—83, I, p. 385—390 u. 1 Taf.

Thiry. Anémie grave à forme paroxistique; purpura haemorrhagique; suffusions séreuses circonscrites dans le tissu cellulaire souscutané; présomption syphilitique. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXV, p. 265—268.

Thiry. Bubons chancreux cellulo-ganglionnaires; phagédénisme

très étendu et rebelle; désordres graves; leur influence sur l'ensemble de l'organisme; guérison. — Ibidem, p. 225—228.

Thomas, A. M. An improved vaginal douche. — Americ. Journ. of Obstetrics. New York, XVI, p. 833—838.

Tortora, I. Le alterazione delle glandole linfatiche in rapporto alle malattie venereo-sifilitiche. — Giornale internazion. d. scienze med. Napoli, 1882, N. S., IV, p. 1250; 1883, N. S. V, pp. 68, 152, 313 u. 1 Taf.

Trani, F. Un caso di diffizile diagnosi di ulcerazione delle lingua. — Giornale di clin. e terap. Messina, II, p. 147—150.

Troisier. Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVI, p. 121—123; auch in: Arch. de tocologie etc. Paris, X, p. 411—414.

Van Harlingen, A. A peculiar affection of the nails in hereditary syphilis. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 230.

Velardi, E. Della cheratite interstiziale per sifilide ereditaria. — Bollett. d'ocul. Firenze, 1882—83, V, p. 305—318.

Verneuil. Influence de la syphilis sur la marche du cancer. — Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LIV, p. 398—400.

Vibert. C. Syphilis. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris, XXXIV, p. 598—943.

Vogelius, L. S. Et 4 gammelt Ulcus helbredet ved Hydrargyrum formidatum. — Hospital-Tidende. Kjobenhavn, I, 3. R. p. 433.

Weiss, T. Des installations de nitrate d'argent dans le traitement des maladies de l'urèthre. — Revue méd. de l'est. Nancy, XV, pp. 417, 458.

Williams, J. A. Case of testis in perinaeo, complicated with congenital inguinal hernia and acute orchitis. — British med. Journ. London, II, p. 110.

Wines, F. H. Minority report of the commitee on prevention of venereal diseases. — Americ. Public Health Associat. Reports (1882). Boston, 1883, VIII, p. 334—336.

Wolff, A. Ueber die subcutane Anwendung des Glycocoll-, Asparagin- und Alanin-Quecksilbers und deren Wirkung auf den syphilitischen Process. Strassburg, 8°, p. 60.

Woedward, A. T. A new combination rectal and urethral speculum and a modification of the Smith-Hodge pessary. — Americ. Journ. of Obstetrics. New York, XVI, p. 831—833.

Zabolotskii, A. Hydragyrum formidatum pri lichenii sifilisa podkojnimi vpriskivanijami. — Med. Obozr. Moskva, XX, p. 108—110.

Zeissl, M. Ueber die Behandlung der Paraphimose. — Wiener med. Blätter. VI, p. 853—855.

Zeissl, M. Ueber die Behandlung der Syphilis ohne Merkur. — Ibidem, VI, pp. 1071, 1096, 1122.

London Lock Hospital and Asylum. Report for the year 1882 (136). London, 1883, 8°, p. 36.

Congenital syphilis (cases). — Abstr. med. and surg. Cases Gen. Hosp, Sick Children 1882. Pendlebury, Manchester, 1883 II. p. 11—13.

Syphilitic tumours of brain (gummata). — Asylum Journ. Berbice, p. 52.

Fédération britannique, continentale et générale pour l'abolition de la prostitution spécialement envisagée comme institution légale et tolérée. Congrès de la Haye, 17—22 Septembre, 1883. — Geneeskundige Courant. Tiel, 1883, XXXVII, Nr. 34.

Venerische Krankheiten.

Viertes Verzeichniss.

Abadie, C. Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaire. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVI, pp. 590, 625.

Adám, A. Nephritis crouposa wahrscheinlich durch Copaivabalsam verursacht; Tod. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p, 890; aus Gyógyászat. Budapest, Nr. 36.

Adam, E. A nép fogyása es a bujasenyv. (Die Abnahme der Bevölkerung und die Syphilis). — Gyógyászat. Budapest, 1883, XXIII, pp. 585, 601.

Althaus. Case of syphilitic tumors of the cerebral membranes. — Lancet. London, II, p. 774.

Althaus. Athetosis after syphilis. — Ibidem, p. 989.

Angel Campos. De la circumcision y de sus indicaciones sanitarias. — An. Soc. espan. de hidrol. méd. Madrid, V, pp. 73, 97.

Angerer, O. Ein Beitrag zur Excision syphilitischer Initialsclerosen. — Berliner klin. Wochenschr. 1882, XIX, Nr. 30.

Arens, A. Essai comparatif de différents sels de mercure administrés par la voie hypodermique dans le traitement de la syphilis. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3 Sér. XXIV, p. 161—165.

Ariza, R. Diagnosi fra le ulcerazioni laringee semplici, tubercolari, sifilitiche e cancerigue, fondata sopra i loro caratteri obbiettivi. (Uebersetzt von V. Meyer.) — Arch. ital. di laringol. Napoli, 1882—83, II, p. 14—20.

Augagneur, V. La prostitution, la police des moeurs et quelques ouvrages récents qui en traitent. — Lyon méd. XLIII, p. 507; XLIV, p. 233.

Auspitz, H. Ueber Syphilis-Statistik. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 1249—1253.

Baratoux, J. Sifilide, necrosi dolla ossa del naso; expulsione della parte centrale dello sfenoide (Aus dem Französischen von G. Boucher.) — Arch. ital. di laringol. Napoli, 1883—84, III, p. 19 bis 21.

Baratoux, J. De la syphilis de l'oreille. — Revue mens. de laryngol etc. Bordeaux. IV, pp. 289, 332.

Barduzzi, D. Resoconto statistico sommario della sezione dermosifilopatica dei RR. Spedali di Pisa. Anno I, 1878. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, 1883, XVIII, p. 203—224.

Bareggi. Risultati degli ultimi studi sui microbi delle malattie veneree. — Gazz. d. osped. Milano, IV, pp. 537, 545, 553.

Barnet, R. Lecture on the significance of uterine and vagina discharges. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXVI, p. 481 bis 484.

Barth, H. De la syphilis héréditaire tardive. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVI, p. 553—560.

Baylac, Blaise. Sur le traitement de la syphilis du cerveau. Thèse, Montpellier, 4°, p. 53.

Beck, B. Zur Casuistik der Hirntumoren. — Virchow's Archiv. Berlin, XCIV, p. 369—392.

Benvenuti, F. Movimento dell' uffizio sanitario di Cosenza e statistica medica delle prostitute infette curate nella sala celtica di S. Agostino nel 1882. — Arch. med. ital. Torino, 1883, II, p. 598 bis 614 u. 1 Taf.

Berger, P. Rétrécissement syphilitique du rectum. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 1105.

Bernhardt, M. Zur Frage von der Aetiologie der Tabes dorsalis. — Centralblatt f. Nervenheilk. Leipzig, VI, p. 457—461.

Besnier, E. Gommes; tumeurs gommeuses. — Dictionn. encyclop. d. sciences méd. Paris, 4 Sér. IX, p. 659—690.

Blair, L. E. Three cases of chancre in unusual localities. — Detroit Lancet. 1883—84, N. S. VII, p. 305.

Blondeau, L. Observation de syphilis pulmonaire. — France méd. Paris, II, p. 829—831.

Boley, Victor. De l'influence du traitement immédiat du chancre sur l'évolution secondaire de la syphilis. Thèse. Nancy, 4°, p. 62.

Bono, G. B. Intorno alla trasmissione della blennorragia all' ochio. — Giornale d. soc. ital. d'igiene. Milano, V, p. 767—775.

Bosma, G. Sopra un caso di papula sifilitica congiuntivale. — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova. XXVI, p. 307—309.

Boucher. Ataxie locomotrice fruste, peut-être d'origine syphilitique; utilité probable d'un traitement d'épreuve. — Union méd. de la Seine-Inf. Rouen, XXII, p. 69—74.

Boucher. Sur un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. — Ibid. p. 53—64.

Boulton, P. A case of extensive syphilitic disease of the vulva, with gummy hyperplasia of clitoris, prolapsus uteri etc. — British med. Journ. London, II, p. 1017.

Brandis, B. Treatment of syphilis as carried out at Aix-la-Chapelle. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVI, pp. 437, 461.

Breda, A. Frattura spontanea della clavicola sinistra da sifilide (osteo-mielite gommosa?) — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova, XXVI, p. 329—334.

Breda, A. La profilassi delle malattie veneree in Italia. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, pp. 224, 265.

Briggs, C. S. Chancroid of the great toe. — Nashville Journ. of med. and surg. N. S. XXXII, p. 200—202.

Brocq, L. A propos du traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 591—595.

Brosseau. Maladies du testicule; diagnostic et traitement. — Union méd. du Canada. Montreal, XII. p. 545—549.

Bruncher, Jules. Essai sur les lésions de l'appareil auditif

dans la syphilis héréditaire et acquise. Thèse. Nancy, 4°, p. 127.

Cabibel, Alban. Considérations sur les déviations de la blennorrhagie vers les organes générateurs et sur leurs complications. Thèse. Montpellier, 4°, p. 62.

Carrieu. Atrophie musculaire consécutive à un rhumatisme survenu dans le cours d'une blennorrhagie. — Gaz. hebdomad. d. sciénces med. de Montpellier. V, pp. 493, 517.

Carter, H. R. Manifestations of syphilis among negroes; a statistical inquiry. — Report Superv. Surg.-Gen. Marin. Hosp. Washington, p. 131—135.

Cathcart, C. W. Lock wards in the Royal Infirmary of Edinburgh. — Edinburgh clin. and pathol. Journ. 1883—84, I, p. 114 bis 116.

Chvostek, Fr. Weitere Beobachtungen über Hirnsyphilis. — Med.-chir. Centralblatt. Wien, XVIII, pp. 237, 249, 261, 417, 429, 441, 453, 465, 477, 489, 501.

Claeys, G. Chancre infectant de la conjonctive palpébrale. — Annales de la soc. de méd. de Gand. LXI, p. 206—208.

Cospedal Tomé, A. M. Prostatitis supurada. — Rivista de oftalm. Madrid, II, p. 237—243.

Davison, C. C. Hemorrhage from urethra. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLIX, p. 557.

Deakin, S. Unusual symptoms following applications of unguentum hydrargyri ammoniati. — British med. Journ. London, II, p. 1281.

Dehenne, A. De la rétinite syphilitique périmaculaire. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXVI, p. 785—788; auch in Revue clin. d'ocul. Bordeaux, III, p. 217—223.

De Renzi, E. Sifilide cerebrale. — Giornale internaz. d. scienz. med. Napoli, N. S. V, p. 561—570.

De Renzi, E. Sulla sifilide pulmonale. — Rivista clin. e terap. Napoli, V. p. 465—472.

Desplats, H. Note sur un nouveau cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, guèri par un traitement spécifique. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXVI, p. 545—547.

Diday, P. A treatise on syphilis in new-born children and infants at the breast. Translated by G. Whitley. With notes and an appendix by F. R. Sturgis. New York, 8°, p. 322 und 1 col. Taf.

Dreyfous, F. De la méningite chronique chez les enfants; ses rapports avec la syphilis héréditaire tardive. — Revue mens. des mal. de l'enf. Paris, I, p. 497—511; auch ein Sonderdruck.

Dujardin-Beaumetz. The treatment of syphilis. Translated by E. P. Hurd. — Med. News. Philadelphia, 1884, XLIV, p. 89—92.

Dunn, H. P. Gummatous tumours of muscles. — The Lancet. London, II, p. 899.

Emmet, T. Addis. A new method of exfoliation with de pathology and treatment of certain lesions of the female urethra. Boston, 8°, p. 27; aus Transactions of the American Gynaecol. Society. VII.

Englisch, J. Ueber Entzündung der Cowper'schen Drüsen. — Wiener med. Presse. XXIV, pp. 921, 957, 985, 1015, 1064, 1092, 1128, 1191, 1222, 1314, 1347, 1379.

Engström, O. Fall af syphilitisk Broncopneumoni i swardera Lungsyktiden. — Finska Laekaresaellsk. Handlingar. 1882, XXIII, pag. 137.

Farges, P. G. Éruptions, granulations, ulcérations des organes sexuels de la femme; traitement classique et termal. Paris, 8°, p. 114.

Feoktistov, A. E. Po povodu operationago liechenija bubonov (Operative Behandlung der Bubonen). — Vrach, St. Petersburg, IV, pp. 545, 564.

Fitzgerald, T. N. Syphilitic disease of the membranes of the spinal cord; recovery. — Australian med. Journ. Melbourne. N. S. V, p. 356.

Fleury, M. de. Arthrite blennorrhagique; endocardite ulcéreuse; mort. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1883—84, XIII, p. 65.

Fokker, A. P. Het Prostitutie-Congres. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XIX. p. 791.

Fournier. Gangrène foudroyante de la verge. — Médecin prat. Paris, IV, p. 589—597.

Fournier, A. Des arthropathies dans la syphilis héréditaire tardive. — Paris méd. VIII, p. 517—520.

Fournier, A. Syphilis héréditaire tardive; dent syphilitiques. Extrait d'un livre en préparation: Léçons sur la syphilis héréditaire tardive. — Annales de dermatol. et syphil. Paris, 2 Sér. IV, pp. 485, 561.

Gallard. Vaginite simple et vaginite virulente ou blennorrhagique. — Médicin prat. Paris, IV, p. 505—510.

Gamberini, P. La blennorragia in rapporto medico-forense. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 193—202.

Gamberini, P. Appendice al trattato delle malattie della lingua. Bologna, 8°; aus Bolletino d. scienze med. di Bologna. 6 Ser. IX.

Gemma. A. M. Un caso di sifilide per allattamento pel contagio di una bambina. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 294—296.

Gendre. Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale. — Arch. générales de méd. Paris, 1884, I, p. 63—78.

Gibney, V. P. A case of multiple joint disease of syphilitic origin occurring in a patient with scrofulous caries of the knee. — Med. Record. New York, XXIV, p. 693.

Gonzalez Perez, C. Concideraciones acerca de la sifilis infantil. — Revista de enfermedad. de niños. Madrid, I, p. 289—306.

Grandin, E. H. A case exemplifying one of the later lesions of syphilis, with remarks. — Boston med. and surg. Journ. CIX, p. 582—584.

Grellety. Notes sur la syphilis et son traitement. — Bulletin de la société de méd. prat. de Paris (1882) 1883, p. 5—8.

Grioli, L. Sulla dottrina dei morbi venerei locali; studi clinici e sperimentali. — Giornale di clin. e terap. Messina, II, pp. 20, 65, 106, 151, 251, 303, 360.

Grünfeld, J. Behandlung des chronischen Trippers. — Centralblatt f. d. gesammte Therapie. Wien, 1884, II, p. 145—159.

Gudeney. Contribution à l'étude de la blennorrhagie chez la femme. Thèse. Paris, 4°. p. 43.

Güntz, J. E. Ueber die Darstellung des Chromwassers zur Behandlung der Syphilis. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 1164.

Guyon, F. Léçons cliniques sur le uréthrites blennorrhagiques. Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, 1882—83, I, pp. 333, 405, 477, 533, 597.

Guyon, F. et P. Pazy. Atlas des maladies des voies urinaires. IVe livraison. Paris, 1884, 8°, p. 231—302 und 10 Taf.

Guyot, Yves. Étude de physiologie sociale; la proctitution. Ve édition, revue et augmentée. Paris, 18°.

Hardy, A. Riassunto delle lezioni sulle scrofulidi e sifilidi cutanee; compilato dal dott. C. Bagnoli. — Spallanzani. Modena, 2 Ser. XII, pp. 125, 191, 252, 321, 449.

Haslund, A. Excisionen af Chankeren som abortiv Behandlingsmethode for Syphilis. — Ugeskrift for Laeger. 1882, 4 R. V, Nr. 4, 5.

Haslund, A. Miltens Forhold under Syphilis (Die Milz und ihr Verhältniss zur Syphilis). — Hospital-Tidende. Kjobenhavn, 1882, 2. R. IX, Nr. 2, 3.

Hermanides, S. R. Reglementeering der prostitutie, hygiënisch gerechtvaardigt? Openbare brief aan Prof. Dr. G. van Overbeek de Meijer. — Nederlandsch milit. geneeskundig Arch. Utrecht, VII, pag. 666—685.

Heyden, W. A. Préservation de la syphilis par la vaccine. Traitement des maladies infectueuses. Hypothèse sur le rôle des microbes dans la formation des animaux. Traduit du hollandais par M. A. E. Roberti. Utrecht, 8°.

Huchard, H. et Pennel. Angine de poitrine chez un syphilitique; mort rapide; autopsie; aortite oblitérante en plaques; anomalie des artères coronaires; mécanisme de la mort par ischémie cardiaque. — Progrès méd. Paris, XI, p. 765—767.

Ignatev, V. Sluchai sifiliticheskich jazve tonkich kiskoh u grudnago rebenka (Syphilitische Erkrankung der Gedärme bei einem Kinde). — Med. Obozr. Moskawa, XX, p. 597—603.

Jarochevski. Sluchai sifiliticheskago endoarterita aorti i sifiliticheskago hepatica. — Voyenno-san. dielo. St. Petersburg, III, pp. 335, 343, 351.

Jasinski, R. Przymiotowe cierpienie okostnej w części szyjowej knęgosłupa (Perispondylitis syphilitica). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser. III, p. 881—883.

Jastrowitz, M. Ein Fall von Thrombose der Pfortader aus luetischer Ursache. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 682 bis 684.

Jozan, E. et G. Jozan. Traité pratique des maladies des voies urinaires et des organes générateurs de l'homme: XXI[e] édition. Paris, 18°.

Jung. Ueber Entzündungen der Scheide. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 1382—1385.

Kahlden, C. v. Ein Fall von Dactylitis syphilitica. — Deutsch. Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1883—84, XXXIV, p. 190—204 u. 1 Taf.

Kammerer, F. Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung. — Centralblatt f. Chir. Leipzig, 1884, XI, p. 49—55.

Kessler. Sluchai nervichnoi sifiliticheskoi jazvi u 28-mi-dnevnago malchika (Primär-syphilitische Geschwüre bei einem 28 Tage alten Knaben). — Vrach, St. Petersburg, IV, p. 540.

Langlebert. Traitement de la syphilis. — Thérap. contemp. Paris, III, pp. 628, 692.

Lassar, O. Ueber die Excision des Ulcus durum. — Zeitschr. für Therapie mit Einbeziehung der Elektr. u. Hydrotherap. Wien, I, p. 177—179.

Laquerrière. De la syphilis équine (mal du coit, dourine etc.) — Presse vétér. Paris, III, p. 652—658.

Lioutnik. Vopros o priviskie sifilisa jivotnim i mikroorganizmach tverdago shankra (Zur Frage der Impfsyphilis beim Menschen und die Mikroorganismen beim Schanker). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg, VIII, pp. 4337, 4353.

Long, E. H. The prevention of syphilis. — Buffalo med. and surg. Journ. 1883—84, XXIII, p. 200—216.

Luzinsky, A. M. Die Syphilis bei Kindern. — Allg. Wiener med. Zeitg. 1884, XXIX, p. 15.

Macdonnell, R. L. Historical notes on syphilis. — Med. News. Philadelphia, XLIII, p. 562—564.

Maclaren, P. H. Syphilis, blood counting, and mercury. — Edinburgh clinic. and pathol. Journ. 1883—84. I, p. 177—181.

Malmsten, K. Oinunktionskuren sason antisyfilitisk Behandlingsmethod. Stockholm, 8°.

Martineau. Léçons sur la vaginite non blennorrhagique. — France méd. Paris, II, pp. 578, 589, 601, 613, 627, 637, 673, 699, 734, 758.

Massaloux-Lamonnerie, Moïse. Des manifestations oculaires de la syphilis héréditaire tardive. Thèse. (Paris) Le Mans, 4°, p. 63.

Mc Chesney, J. Treatment of gonorrhoea. — Therap. Gaz. Detroit, N. S. IV, p. 491.

Mickle, W. J. Visceral and other syphilitic lesions in insane patients, without cerebral syphilitic lesions. — Journ. of mental science. London, 1883—84, N. S. XXIX, p. 492—497.

Miliano, G. The equable scrotal compressor. — Med. Record. New York, 1884, XXV, p. 26.

Milton, J. L. On the pathology and treatment of gonorrhoea. V. edition. London, 8°, p. 399.

Morel, E. La blennorrhagie et les affections du coeur. — Revue de thérap. méd.-chir. de Paris. p. 540—544.

Morelli, P. Malattie genito-urinarie curate nella clinica chirurgica del. Prof. Gallazzi nell' anno scolastico 1881—82. — Morgagni. Napoli, XXV, pp. 100, 255, 367, 426.

Mosberg, Paul. Syphilis hereditaria tarda. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 8°, p. 72.

Nardyz, M. L. A note on the treatment of malignant carbuncle and bubo. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 93.

Neisser, A. Zur Syphilis-Behandlung. — Deutsche med. Wochenschrift. Berlin, 1884, X, p. 3—5.

Ormsby, L. H. The causes, symptoms, and treatment of phimosis and paraphimosis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, pp. 292, 313, 332.

Osler. Syphilitic caries of inner table of skull; great thickening of calvaria; compression and deformity of the brain. — Med. News Philadelphia, 1884; XLIV, p. 25.

Otis, F. N. Mucous tubercles of the os uteri and vagina. — Illustrat. med. and surg. New York, II, p. 185 u. 1 Taf.

Otis, F. N. On syphilis of infants and hereditary syphilis. — Aesculapian. New York, 1884, I, p. 1—15.

Overbeek van de Meijer. Het geneeskundig toezicht op de prostitutie, op nieuw verdedigt. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XIX, p. 821—845.

Pareja, J. Tratamiento de la sifilis. — Gaceta méd. de Granada. I, pp. 133, 193.

Parinaud, H. La kératite interstitielle et la syphilis héréditaire. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 521—537.

Paschkis, H. Sir Henry Thompson's Behandlung der Prostatahypertrophie. — Wiener med. Presse. XXIV, pp. 928, 989, 1036, 1098, 1162, 1194.

Petersen, O. Seltene Complicationen bei Urethritis. — St. Petersburger med. Wochenschr. VIII, p. 361—363.

Petersen, O. Der Druckverband bei Behandlung vereiterter Bubonen. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 289—296; vergl. auch: Vrach, St. Petersburg, IV, p. 481—483.

Peyrot. Hypertrophie de la prostate; rétention d'urine; infection purulente; mort. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 933.

Phillips, S. Diabetes insipidus due to syphilis. — Lancet. London, II, p. 1046; vergl. auch: British med. Journ. London, II, p. 1020.

Picqué. Rétention d'urine par rétrécissement blennorrhagique du canal de l'urèthre; périnéphrite suppurée; mort. — Progèrs méd. Paris, XI, p. 809.

Post, A. A case of cerebro-spinal syphilis. — Boston med. and surg. Journ. 1884, CX, p. 28.

Proksch, J. K. Zur Syphilis des Nervensystems. Ein historischer Beitrag, Wien, 1884, 8⁰, p. 16; aus Wiener med. Blätter. 1884, VII, Nr. 10—12.

Purjecz, S. sen. Johannes de Vigo als Syphilograph. Beitrag zur Geschichte der Syphilis. — Wien. med. Blätter. VI, p. 1357—1361.

Ranney, W. L. Venereal warte of the praeputial orifice. — Illustrat. med. and surg. New York, II, p. 187.

Rasori, E. Ulcero duro dell' orecchio. — Gazz. d. osped. Milano, IV, p. 653.

Ravogli, A. The excision of the hard chancre. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. XI, p. 504—506.

Reid, W. L. New bivalve speculum. — Transactions of the Edinburgh obstetric society. 1882—83, VIII, p. 57—60.

Richelot, G, père. Mémoire sur le traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos (caustique de Vienne solidifié). — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXV, pp. 337, 421, 517, 577, 693, 793, 885, 986; XXXVI, pp. 5, 88, 146, 245, 312, 393, 436, 518, 580, 661.

Roche, J. Belladonna injection, a cure of gonorrhoea and its concomitants. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVI, p. 436.

Rochet, V. Chancres simples du limbe; bubon saillant et douloureux, en imminence d'ouverture; résolution de ce bubon à la suite d'une marche forcée. — Lyon méd. XLIV, p. 141—144.

Rossi, A. Ueber die neueren Behandlungsweisen der Schanker. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 8⁰, p. 36,

Rubino, A. Epatite sifilitica. — Morgagni. Napoli, XXV, p. 463—467.

Sanchez, M. Estudio clinico sobre la cistitis blenorrágica. — Gaceta de sanidad milit. Madrid, IX, pp. 366, 584 u. folgde. auch in Enciclop. méd.-farm. Barcelona, VII, pp. 702, 735.

Sangster, A. Clinical lecture on the secondary syphilitic eruptions, with points in diagnosis. — Lancet. London, II, p. 939—942.

Sanjuan, M. Syphilis adquirida por medio de la lactancia. — Bolet. de med. naval. San Fernando, VI, p. 198—203.

Scarenzio, A. Interno all' uso delle acque salso-jodiche di Sales e delle solforoso di Mont' Alfeo nella cura delle malattie sifilitiche cutanee. Milano, 16°.

Schmitt, Franz. Ueber die Behandlung der Lues mittelst Quecksilberformamid-Injectionen. Inaugural-Dissertation. Würzburg, 8°, p. 17.

Schreiber, August. Atlas der Gelenkkrankheiten nebst diagnostischen Bemerkungen und einem Abriss der Anatomie der Gelenke. Tübingen, 8°, p. 100 u. 23 Taf.

Schuermans, Fr. Observation de syphilis au XVIII[e] siècle et la syphilis microbique de nos jours. — Art méd. Bruxelles, 1883—84, XIX, pp. 133, 149, 161.

Schuster. Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn und die Fäces bei und nach Quecksilbercuren. — Zeitschr. f. klin. Med. Berlin, XII, p. 80—82.

Schwabach. Ueber ererbte syphilitische Ohrenleiden. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 550—552.

Scott, D. A case of serpiginous phagedena. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVII, p. 465—467.

Seeligmüller. Ueber syphilitische Neuralgien. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 624.

Silva Araujo. Regulamentação sanitaria da prostituição. — União med. Rio de Janeiro, II, pp. 49, 97.

Simes, J. H. C. Can syphilis, acquired during pregnancy, infect the foetus? — Policlinic. Philadelphia, I, p. 81.

Sinéty, de. Des ulcérations du col de l'utérus. — Gaz. méd. de Paris. 6 Sér., V, pp. 489, 502.

Skurchovich. Kratkii obzor literaturi sifilisa i venericheskich boleznei za 1883 g. — Med. Obozr. Moskau, 1883, XX, p. 611—626.

Sokolowsky, A. Ueber die luetische Phthise. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, pp. 539, 552, 566.

Sokolowski, A. Przypadek zapalenia przymiotowego tetnic mózgowia (Arteritis syphilitica). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser. III, p. 948—950.

Sormani, J. De la profilaxis de las enfermidades venéreas y

especialmente de la sifilis. — Revista méd.-quirur. Buenos Aires, 1883—84, XX, pp. 95, 148, 160, 179. — Dasselbe in's Englische übertragen von J. Workman in Canada Lancet. Torino 1883—84, XVI, p. 97—100.

Sota de la y Lastra, R. Goma supurado en la region infrahioidea; formacion de una fistula laringea completa; curacion temporal; laringitis tubérculo-ulcerosa; tisis sifilitica; muerte. — Revista méd. de Sevilla, III, p. 103—108.

Spillmann, P. De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. — Mémoires de la soc. de méd. de Nancy (1881—82), 1883, p. 50—62.

Stintzing, R. Chronische Endocarditis mit Insufficienz der Mitralklappen und Stenose des Ostium venos. sin.; hämorrhagischer Lungeninfarct; Granularatrophie der Nieren; Syphilome der Leber. — Aerztl. Intell.-Blatt. München, XXX, p. 443.

Strejček, J. Ausgebreitete syphilitische Nekrose der Stirn- und beider Scheitelbeine; Entfernung des Sequesters. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, pp. 405, 426.

Struppi, V. Tripperrheumatismus. — Wiener med. Presse. XXIV, pp. 1159, 1188, 1224, 1286.

Sturgis, B. F. Case of chronic abscess of the tibia. — Transactions of the Maine med. Associat. Portland, VIII, pt. 1, p. 118—120.

Taylor, F. Case of syringo myelus, associated with syphilitic spinal meningitis and gumma of the spinal dura mater. — Lancet. London, II, p. 685.

Teixidor, J. El joborandi; estudio de sus acciones fisiólogicas y terapéuticas. Memoria premiada. — Independencia méd. Barcelona, 1882—83, XVIII, pp. 233, 245, 277, 291, 301, 318, 329, 334, 354, 367, 377, 394, 405, 416, 428, 445.

Terrillon. Gommes syphilitiques et abcés froids; diagnostic différentiel. — Progrès méd. Paris, XI, p. 965.

Thiry. De la syphilis héréditaire et infantile. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXV, p. 313—316.

Thomayer, J. Syphilitische Epilepsie. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, p. 515.

Thompson, H. On digital exploration of the bladder in obscure vesical disease; with its result in thirty-two cases. — Med. News. Philadelphia, 1884, XLIV, p. 4—7.

Troisfontaines, P. De la réinfection syphilitique. — Annales de la soc méd.-chir. de Liége. XXII, p. 461—470.

Vallois, Léon. Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte. Thèse. Nancy. 4°, p. 82 u. 2 Taf.

Veronese, F. A syphilis mint oki mozzanat az idegrendszer betegségeinel (Syphilis der hauptsächlichste Erreger der Krankheiten des Nervensystems). — Gyogyászat. Budapest, XXIII, p. 761—767.

Vibert. Réglementation de la prostitution. — Revue d'hygiène. Paris, V, p. 912—940.

Viforcos, A. R. Notas para la terapéutica moderna de las enfermedades venereas y sifiliticas. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VII, p. 377—393.

Viñeta Bellaserra. La sifilis como una de las causas de degeneracion de la raza humana. — Revista de cienc. méd. Barcelona, IX, p. 647—654 u. Forts.

Vogelius, L. S. Hydrargyrum formamidum aanvendt med Held i to Tilfaelde af erhvervet Syfilis. — Hospital-Tidende. Kjobenhavn, 3 R. I, p. 918—920.

Wiltshire, J. G. A case of irido-choroiditis syphilitica in which pilocarpine was administered internally with good effect. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 475—477.

Wood, H. C. Syphilis of the brain and membranes. — Boston med. and surg. Journ. CIX, p. 577; CX, p. 25—27.

Zeissl, Herm. v. Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis und der mit dieser verwandten venerischen Krankheiten. II. Auflage. Bearbeitet von Maximilian v. Zeissl. Stuttgart, 1884, 8°, pp. XII, 351.

Gummy tumour of axilla: caries of humerus. — Report Superv. Surg.-Gen. Marin. Hosp. Washington, p. 203.

Primary syphilis; septicaemia. — Ibidem, p. 199.

Berichtigung.

In dem 3. und 4. (Doppel-) Hefte 1883, Artikel: „Pathologisch-anatomische Veränderungen der Haut in einem Falle von acuter Leberatrophie" von Dr. Pospelow Seite 469, Erklärung der Abbildungen, Fig. 1, *F* ist statt: „*F* Bündel ödematöser glatter Muskelfasern" zu setzen: „*F* Bündel ödematöser elastischer Bindegewebsfasern der Haut".

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Kleinere Aufsätze und Casuistik.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

Originalabhandlungen.

Die Aetiologie des Lupus vulgaris.

Von

Prof. Dr. Doutrelepont

in Bonn.

M. H. Die Aetiologie des Lupus vulgaris war bis vor kurzer Zeit noch sehr in Dunkel gehüllt. Bei der Besprechung derselben in Lehrbüchern und in Specialaufsätzen musste man sich mit den allgemeinen Fragen begnügen; man stellte statistische anamnestische Daten über das Geschlecht, über die Localität des primären Auftretens, über das Alter der befallenen Individuen, über hereditäre Belastung, über Beziehungen zu anderen Erkrankungen der Haut und des Blutes, sowie über die geographische Verbreitung dieser Krankheit zusammen und suchte mit den erhaltenen Zahlen mehr Licht in das dunkle Gebiet zu werfen. Erinnert sei hier an die Arbeiten über diese Frage von Raudnitz und Pontoppidan in der Vierteljahresschrift für Derm. und Syphilis v. J. 1882.

Hauptsächlich waren es Syphilis und Scrophulose, auf deren Boden man den Lupus entstehen und wachsen liess.

Mit Syphilis, sei sie acquirirt oder hereditär, hat Lupus nichts gemein, wie Wilson, Veiel, v. Baerensprung u. A. es wollten. Der sogenannte Lupus syphiliticus ist als ein knotiges Syphilid erkannt und hat mit Lupus nichts zu thun. Der Lupöse kann Syphilis acquiriren, wie Hebra es schon ausgesprochen hat, der Lupus widersteht jeder antisyphilitischen Behandlung, und mit diesen Thatsachen ist der ursächliche Zusammenhang beider Krankheiten im negativen Sinne entschieden.

Anders steht es mit den Beziehungen zwischen Lupus und Scrophulose. Die Ansichten hierüber sind getheilt gewesen. Während Hebra und seine Schule den Lupus als locales Uebel sui generis auffasste, sehen wir in England und besonders in Frankreich den Zusammenhang beider Erkrankungen immer mehr betont. Die Bezeichnungen des Lupus als Scrophulide tuberculeuse, Scrophulide maligne legen schon Zeugniss davon ab. Auch deutsche Forscher Billroth, Auspitz, Volkmann u. A. räumten schon früh beider Zusammenhang ein. Raudnitz lässt den Lupus sowohl bei scrophulösen als bei ganz gesunden Individuen auftreten und nimmt nach seinen Untersuchungen für den Lupus eine ihm specifische Disposition an, deren Natur noch hypothetisch bleibe. Pontoppidan hält auch mit Raudnitz fest, dass der Lupus als eine bestimmte Krankheit sui generis auftritt, sowohl idiopathisch als scrophulös sein kann, dass jedoch unter den ätiologischen Momenten Scrophulose und klimatische Einflüsse als disponirende und veranlassende die meist hervortretenden sind.

Mit der Annahme einer scrophulösen Basis war der Lupus seinem Wesen nach bei Weitem nicht aufgeklärt. Die Frage, was ist Scrophulose, was ihre Aetiologie war ebenso schwer zu beantworten, wie die Frage nach der Aetiologie des Lupus selbst, so lange die scrophulose Diathese nur unter dem Bilde eines Symptomencomplexes, nicht ihrem ursächlichen Zustandekommen und Wesen nach erkannt war. Das Wort Scrophulose, sagt Hueter in seiner allgemeinen Chirurgie [1]), ist so nichtssagend, dass man es gerne streichen möchte; dafür tuberculös zu sagen, sei wohl noch verfrüht.

Der pathologischen Anatomie verdanken wir einen grossen Fortschritt in der Erkenntniss der Lupus durch die Untersuchungen der auf scrophulöser Basis entstehenden chronischen Entzündungen. Durch die Arbeiten von Koester, Volkmann, Schüppel, Friedländer wissen wir, dass in denselben die Miliartuberkel zahlreich vorkommen, und letzterer Forscher [2]) erbrachte den

[1]) Grundriss der Chirurgie, I. S. 264.

[2]) Virchow's Arch., Bd. 60, u. Ueber locale Tuberculose, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, Nr. 64.

histologischen Nachweis, dass auch im Lupus der Tuberkel sich findet. Lupus erklärte er für locale Tuberculose. Die Anwesenheit miliarer Tuberkel im Lupus fand weitere Bestätigung, Lupus jedoch als Tuberculose der Haut anzuerkennen, fand keinen allgemeinen Anklang (ich erinnere hier nur an die wegen mehrerer Unterschiede vom anatomischen Standpunkte hervorgerufene Opposition Baumgarten's [1]), besonders da die miliaren Knötchen und die für sie als charakteristisch geltenden Langhans'schen Riesenzellen auch in nicht tuberculös erkrankten Geweben beobachtet wurden und Ziegler sogar durch Einlegen von Fremdkörpern Riesenzellen und tuberkelähnliche Structurbilder erzeugen konnte. Die Riesenzelle verlor ihre Beweiskraft für die Tuberculose, und da man durch Impfungen von nicht tuberculösen Stoffen echte Tuberculose hervorgerufen haben wollte, so begann man wieder an der Specifität der Krankheit zu zweifeln. Man stritt wieder darüber, ob die tuberculose Substanz specifisch virulente Eigenschaften besitze oder nicht, bis besonders durch Cohnheim's Benützung der Impfung in die vordere Augenkammer von Kaninchen genauere, sorgfältigere Experimente mit Vermeidung früherer Fehlerquellen wieder zur Erkenntniss der Specifität des Tuberkelgiftes und der Uebertragbarkeit der Tuberculose führten. Statt des histologischen Baues wurde jetzt die Impfbarkeit als einzig giltiges Kriterium des tuberculösen Krankheitsprocesses hingestellt.

Als Grund dieser Ueberimpfbarkeit zeigte uns vor kurzer Zeit Koch in seinen epochemachenden classischen Arbeiten den Bacillus tuberculosus. Diese kleinen, von Koch genau gekennzeichneten Stäbchen, gegen deren Existenz und Wirkung stichhaltige Gründe nicht vorgebracht werden konnten, müssen als Ursache der Tuberculose in ihrem verschiedenen Auftreten angesehen werden. Mit dieser Thatsache, dass nur diese Bacillen echte Tuberkeln erzeugen, war man im Stande, die wahren Tuberkel am Menschen und an den Impfresultaten der Thiere zu erkennen.

Bereits vor Koch's Entdeckung hatten Friedländer, Volkmann, Schüller, Besnier, Martin u. A. sich für die tuber-

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 82 und Centralblatt für Chirurgie 1881, Nr. 11.

culöse Natur des Lupus ausgesprochen. Neisser [1]), welcher ebenfalls die lupöse Erkrankung für ein Theilglied der Tuberculose erklärt und alle Gründe für und gegen diese Annahme ausführlich bespricht, gibt zu, dass er den exacten Beweis noch nicht erbringen könne, da es weder ihm, noch Anderen bis dahin gelungen sei, im lupösen Materiale die Bacillen der Tuberculose mit Sicherheit nachzuweisen.

Demme [2]) war der Erste, welcher mittheilte, dass auch im Lupus die Bacillen sich finden. In 3 Fällen von Lupus traf er die charakteristischen Stäbchen in mässiger Zahl zum Theile in Riesenzellen eingebettet, und später [3]) vermehrte er die positiven Resultate seiner Bacillen-Untersuchung um 3 weitere Fälle. Auch Pfeiffer, der anfangs [4]) bei Mittheilung von Impfversuchen mit Lupus der Conjunctiva die Bacillen nur in dem Impftuberkel der Kaninchen-Iris gefunden hatte, hat dieselben [5]) in dem Lupus der Conjunctiva nachgewiesen, wenn auch in geringer Zahl. Krause und Schuchard [6]) theilen den Befund von zwei Bacillen in 20 Schnitten eines Lupus des Gesichtes und Ohres und von einem Bacillus in 10 Schnitten eines Lupus des Beines mit. Cornil und Leloir [7]) dagegen geben an, dass sie in 11 Fällen von Lupus bei Durchsicht von jedesmal ungefähr 10 Schnitten nur einen einzigen Bacillus angetroffen hätten und diesen bei einem Patienten, der selbst phthisisch gewesen sei. Später hat Koch [8]) selbst seine Untersuchungen über Lupus veröffentlicht, die schon mehrere Monate vor den erwähnten Publicationen abgeschlossen waren. In 4 Fällen von Lupus wurden, wenn auch in jedem einzelnen Falle nur in wenigen Exemplaren, die Tuberkel-Bacillen, und zwar in

---

[1]) Die chronischen Infectionskrankheiten der Haut; Ziemssen's Hdb. der sp. Path. u. Therapie, S. 572 ff.

[2]) Berl. klin. Wochenschr., 1883, 15.

[3]) 20. medic. Ber. über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern, S. 50.

[4]) Berl. klin. Wochenschr., 1883, 19.

[5]) Berl. klin. Wochenschr., 1883, 28.

[6]) Fortsch. der Medicin, Nr. 9, 1883.

[7]) Arch. d. physiologie, 1884, Nr. 3.

Mittheilungen aus dem kais. Gesundheitsamte. II.

Riesenzellen aufgefunden. Koch schreibt:[1]) „Die Tuberkel-Bacillen sind im Lupusgewebe so vereinzelt, dass in 2 Fällen die Bacillen erst dann gefunden wurden, als das eine Mal 27 und das andere Mal 43 Schnitte durchsucht waren. Doch traf es sich wiederholt, dass wenn in einer Reihe von Schnitten sich kein einziger Bacillus zeigte, kurz hintereinander Schnitte mit 1—3 Bacillen folgten". Mehr als einen Bacillus hat Koch nie in einer Riesenzelle bei Lupus gesehen. Auch Lachmann[2]) hat neuerdings im Eiter von Lupus unter Borken zahlreiche Bacillen gefunden, welche zusammengestellt wie in Züchtungen waren. Ebenso theilt mir Köbner brieflich mit, dass er in 3 Fällen von Lupus deutlich die Bacillen theils vereinzelt, theils in Gruppen beobachtet hat.

Meine eigenen Untersuchungen[3]) über das Vorkommen der Bacillen im Lupusgewebe erstrecken sich auf 25 Fälle mit positivem Resultate; nur in einzelnen Fällen blieb der Befund ein negativer. Die Zahl der gefundenen Bacillen war sehr verschieden. In den meisten Fällen war ihr Vorkommen sehr spärlich. Ich musste häufig eine grosse Anzahl Schnitte durchsehen, bis ich einzelne fand. Sie waren entweder vereinzelt in Riesenzellen oder intercellulär, aber doch in der Nähe von Riesenzellen oder in epitheloiden Zellen. Nur in 3 Fällen, bei welchen die exstirpirten Knötchen frisch, noch keiner eingreifenden Behandlung ausgesetzt gewesen waren, habe ich die kleinen Stäbchen zahlreicher vorgefunden. An einer Stelle eines Präparates enthielten eine grosse Anzahl Schnitte sehr zahlreiche Bacillen; eine weitere Folge von Schnitten desselben Präparates wiesen nur einzelne Exemplare in jedem Schnitte. In den beiden anderen der 3 Fälle fanden sich die Bacillen nicht so zahlreich, aber doch in jedem Schnitte und in einzelnen Gruppen von mehreren Stäbchen. Auch in geschwellten oder vereiterten Lymphdrüsen von lupösen Kranken konnte ich die Gegenwart der Bacillen mehrfach constatiren.

Das zumeist spärliche Vorkommen der Parasiten im Lupus erscheint nicht wunderbar, wenn wir bedenken, dass auch bei den übrigen chronisch verlaufenden Tuberculosen der Knochen, Ge-

---

[1]) l. c., S. 38.

[2]) Deutsche med. Wochenschr., 1884, Nr. 13.

[3]) Cf. Mon. Bl. f. prakt. Dermat., II. Nr. 6 u. III. Nr. 1.

lenke, Lymphdrüsen, der als Hauttuberculose katexochen bezeichneten Hauterkrankungen die Zahl der Bacillen nicht grösser ist, wie die Untersuchungen von Koch [1]), Krause und Schuchardt [2]), Marchand [3]), Müller [4]) beweisen, was ich auch aus eigenen Untersuchungen bestätigen kann. Ausserdem bekommen wir nur selten frisch entstandenen Lupus zur Behandlung und Untersuchung. Die meisten meiner Fälle waren schon sehr ausgedehnt, von mehrjährigem Bestande und ausserdem bereits den verschiedensten therapeutischen Eingriffen ausgesetzt gewesen. In den alten Partien des Lupus kann man überhaupt keine grosse Anzahl Bacillen erwarten, da diese nach Koch zerfallen, sobald sie Sporen gebildet haben und im Gewebe alsdann nur die unsichtbaren Sporen verbleiben, welche bei Impfversuchen durch positives Resultat ihre Gegenwart bekunden. Die Schwierigkeit dieser zeitraubenden Untersuchungen, zu welchen, wie Koch mit Recht hervorhebt, eine gute homogene Immersion und Abbe'sche Beleuchtung, besonders bei der geringen Zahl von Bacillen, unentbehrlich sind, brauche ich wohl nicht weiter hervorzuheben.

Dass die Bacillen des Lupus sich in Nichts von den Tuberkel-Bacillen unterscheiden, dafür hat Koch [5]) den Beweis geliefert, indem er die Lupus-Bacillen 16 Monate in 21 Umzüchtungen cultivirt hat, und schreibt, dass in den Culturen, mögen sie aus Miliartuberkeln, aus Caverneninhalt oder Lupus oder Perlsucht gewonnen sein, die Bacillen sich vollkommen gleich verhielten.

Gleichen Schritt mit den Untersuchungen über den Bacillenbefund bei Lupus hielten die Impfversuche mit Lupusgewebe an Thieren. Galt es doch die optisch ähnlichen Bacillen des Lupus und der Tuberculose auch als ihrem Wesen nach identische nachzuweisen.

Während Cohnheim, Auspitz, Pick, Kiener, Vidal nur negative Resultate aufzuweisen hatten, treten zuerst Schüller [6])

---

[1]) l. c.

[2]) l. c.

[3]) **Marchand**, Deutsche med. Wochenschr., IX., 15.

[4]) Centr.-Bl. für Chir., 1884, Nr. 3.

[5]) l. c., S. 56.

[6]) Untersuchungen über Entstehg. u. Ursache der scroph. u. tubercul. Gelenkleiden, 1880. S. 174.

und Hueter[1]) mit positiven Ergebnissen hervor; Ersterem gelang es, durch Ueberimpfung von lupösen Gewebsstücken in die Lungen Tuberculose hervorzurufen, sowie durch fractionirte Cultur aus Lupusgewebe Mikroorganismen zu entwickeln, welche in die Lungen überimpft Miliartuberculose, in das Gelenk eingespritzt charakteristische tuberculöse Gelenkentzündung mit secundärer Allgemeintuberculose hervorgerufen haben. Hueter hat in einem Falle Iristuberculose nach Impfung von Lupus in die vordere Augenkammer des Kaninchens erzielt. Pagenstecher und Pfeiffer[2]) haben zuerst zum Zwecke genauerer Diagnose einer primären Affection der Conjunctiva, welche Erscheinungen einer lupösen Erkrankung darbot, mit dem Secrete und dem Conjunctivalsacke eine Impfung in die vordere Augenkammer eines Kaninchens vorgenommen und Iristuberculose beobachtet, und später dasselbe positive Resultat nach zwei Impfungen von ausgesprochenem Lupus der Conjunctiva erhalten. Leloir und Cornil[3]) impften in 14 Fällen Lupusgewebe in die Peritonealhöhle von Meerschweinchen. In 5 Fällen folgte allgemeine Tuberculose, 2 Thiere starben früh nach der Operation zufällig, die 7 anderen Meerschweinchen wurden bei der anatomischen Untersuchung nicht tuberculös befunden; die Experimentatoren betonen jedoch, dass diese Versuche auch noch Positives hätten ergeben können, wenn die Thiere nicht so frühzeitig getödtet worden wären, da nach Martin Meerschweinchen, welche mit echtem Tuberkel geimpft werden, 5 bis 7 Monate die Impfung überleben können, was Martin[4]) selbst bei Besprechung dieser Versuche auch hervorhebt. In einem Falle von Lupusimpfung in die vordere Augenkammer des Kaninchens beobachteten Cornil und Leloir[5]) eine diffuse tuberculöse Infiltration der Cornea, welche reichliche Tuberkel-Bacillen enthielt. Martin[6]) ferner führt ein positives Resultat einer Impfung in die Peritonealhöhle eines Meerschweinchens an, von welchem eine Serie von 12 Thieren mit Erfolg geimpft wurden.

[1]) Centr.-Bl. f. Chir., 1881, Nr. 7. S. 101.
[2]) Berl. kl. Wchschr., 1883, Nr. 19.
[3]) l. c.
[4]) Annales de Dermatol., 1883, S. 700.
[5]) l. c.
[6]) l. c., S. 653 ff.

Die glänzendsten Resultate hat Koch[1]) erzielt. Von 5 verschiedenen Lupusfällen, berichtet er, wurden 18 Kaninchen in die vordere Augenkammer geimpft. Eine anfangs langsam sich entwickelnde Iristuberculose, führte allmälich zu Verkäsung und Vereiterung des Bulbus und schliesslich zu allgemeiner Tuberculose.

Die Impfung blieb bei keinem dieser Kaninchen erfolglos. Einige wurden getödtet, als die Iristuberculose sich eben entwickelt hatte, andere, nachdem die Schwellung und Verkäsung der Halsdrüsen eingetreten war, noch andere starben schliesslich mit ausgebreiteter Tuberculose der Lungen, Leber, Milz und Nieren. Sowohl an den Iristuberkeln als in den tuberculös veränderten Drüsen, Lungen u. s. w. wurden mehr oder weniger reichlich die Tuberkel-Bacillen nachgewiesen. Von einem 6. Lupusfalle wurden noch 3 und von einem der eben erwähnten Fälle 5 Meerschweinchen subcutan geimpft. Auch bei diesen Thieren kam es zur Schwellung und Verkäsung der Inguinaldrüsen. Sie starben in der 7. bis 10. Woche nach der Impfung, waren hochgradig tuberculös und hatten in Lunge, Milz, Leber und Drüsen zahlreiche Tuberkel-Bacillen.

Auch mit Reincultur von Lupus, durch 12 Monate in 15 Umzüchtungen cultivirt, hat Koch[2]) 5 Meerschweinchen subcutan geimpft, um zu sehen, ob die gerade ein Jahr lang fortgesetzte Cultur der aus Lupushaut stammenden Bacillen auf die Virulenz derselben einen Einfluss ausgeübt hatte. Auch diese Thiere erkrankten ebenso sicher und schnell wie in den früheren Versuchen.

Diesen glänzenden Resultaten Koch's wage ich kaum meine wenigen Versuche anzureihen. Es mag nur kurz geschehen.

Von 6 verschiedenen Lupusfällen wurden 8 Kaninchen in die vordere Augenkammer geimpft; 6 mit verschiedenem Materiale, je 2 mit demselben. In 6 von diesen Fällen entstand in der 4. bis 6. Woche Iristuberculose. Von den beiden übrigen Fällen, die mit demselben lupösen Materiale, welches einem schon länger behandelten Patienten entstammte, wurde nach 3 Monaten ein Thier todt gefunden. Tuberculose war nicht nachweisbar; in der Iris nahe der Impfstelle fanden sich ziemlich zahlreich Bacillen;

[1]) l. c., S. 63.
[2]) l. c., S. 67.

das 2. Thier lebt noch und zeigt noch keine Iristuberculose. Ein starkes, weisses männliches Kaninchen zeigte 4 Wochen nach der Impfung zwei kleine Iristuberkel, welche bald durch eine langsam wachsende Wucherung an der hinteren Corneafläche verdeckt wurden. Diese zeigte einzelne Gefässe und einen gelblich käsig aussehenden Saum; bei der mikroskopischen Untersuchung, 9 Monate nach der Impfung, war sie gebildet von Granulations- und einzelnen Epitheloidzellen, und enthielt eine mässige Zahl von Tuberkel-Bacillen. Eine ähnliche Wucherung zeigte sich in einem anderen Falle neben einer weit ausgebreiteten Iristuberculose. Der Bulbus wurde hier atrophisch, das Thier wurde 4 Monate nach der Impfung todt gefunden und hatte Miliartuberculose der Lunge.

Bei einem starken männlichen grauen Kaninchen entwickelte sich in der ganzen Iris Tuberculose, Knötchen an Knötchen, welche allmälich vernarbten; jetzt, 4 Monate nach der Impfung entstehen neue Tuberkel, das Thier magert ab.

Ferner wurden 5 Meerschweinchen mit lupösem Materiale von 4 verschiedenen Patienten in die Peritonealhöhle geimpft. Nachdem die Operationswunde geheilt, fand man nach circa 14 Tagen bei allen einen kirsch- bis nussgrossen fluctuirenden Knoten, welcher sich in der 3. bis 5. Woche bei 4 Thieren nach aussen entleerte, der Eiter enthielt Bacillen; beim 5. Thiere verschwand die Geschwulst plötzlich. Bei den 4 ersten Thieren schwollen in der 6., 7. oder 8. Woche die Inguinaldrüsen an. 3 dieser Thiere wurden nach 5 Monaten getödtet; 2 waren hochgradig tuberculös, ganz abgemagert, das 3., ein starkes Männchen, zeigte noch keine Abmagerung, die Inguinaldrüsen und die Impfstelle waren tuberculös. Zwei Meerschweinchen leben noch.

So vielen positiven Resultaten der Impfungen gegenüber können die negativ ausgefallenen Versuche nicht in Betracht kommen.

Wenn so das histologische Bild, die Anwesenheit der Tuberkel-Bacillen, die Reinculturen der aus Lupus gezüchteten Bacillen, die zahlreichen positiven Ergebnisse von Impfungen, welche mit Lupus angestellt sind, die Identität von Lupus und Tuberculose darthun, so sollte man erwarten, dass auch das klinische Bild des Lupus Analogien mit der Tuberculose aufweise. Gerade hier setzen die

Gegner der von uns entwickelten Ansicht die Hebel ein, um Lupus als selbstständige unabhängige Krankheit hinzustellen. So weisen Vidal, Jarisch und Kaposi darauf hin, dass die Tuberculose der Haut schon bekannt sei und klinisch sich sehr vom Lupus unterscheide. Aber kann nicht, wie das syphilitische Gift, so auch der Tuberkel-Bacillus die verschiedensten Hautsymptome erzeugen? Ist ein grösserer Unterschied zwischen Lupus, dem Scrophuloderma, welche häufiger nebeneinander an demselben Individuum beobachtet werden, und dem tuberculösen Hautgeschwüre als zwischen den verschiedensten Syphiliden vom breiten Condylome, dem knotigen Syphilid und dem zerfallenen Gumma der Haut? Und wäre eine Verschiedenheit, wie die zwischen der allgemein anerkannten Hauttuberculose, welche nur bei schon widerstandlosen tuberculösen Individuen sub finem vitae nur selten beobachtet und als Metastase aufzufassen ist, und dem Lupus, welcher meist das jugendliche, widerstandsfähige Alter primär befällt, überhaupt wunderbar und unerklärlich? Gewiss muss die verschiedene Widerstandsfähigkeit des befallenen Organes, des befallenen Organismus für die Entwicklung der Tuberkel-Bacillen und den Charakter der daraus resultirenden Erkrankung von Belang sein. Macht doch auch der Bacillus in seinem Lieblingssitze, der Lunge, verschiedene Symptome: erzeugt schleichende Phthisis, jäh verlaufende Miliartuberculose oder tuberculöse Herde, welche schrumpfen und vernarben können, um später zu recidiviren, je nach der Beschaffenheit des befallenen Bodens.

Der Verlauf des Lupus spricht so sehr für eine infectiöse Natur, dass durch die Annahme des Bacillus als Virus die Entstehung, die Ausbreitung in die Peripherie und in die Tiefe, die Infection gesunder transplantirter Hautlappen, das Recidiviren des Lupus, die Unzulänglichkeit unserer therapeutischen Eingriffe diesem Recidiviren gegenüber, leicht erklärlich wird. Wir sehen von der Haut und Schleimhaut aus den Process in die Tiefe zerstörend fortschreiten, zuweilen sogar Knochen-, Gelenk- und Lymphdrüsentuberculose erzeugen, wie wir auch umgekehrt von den letzteren aus zuweilen echten Lupus der Haut entstehen sehen, wie Volkmann, Schüller, Neisser, König, Köbner[1]) und ich selbst es beobachtet haben.

[1]) Briefliche Mittheilung.

Aber auch in Betreff der weiteren Infection ist der Lupus doch nicht so gutartig als er wohl noch hingestellt wird. Dass der Lupus sich am häufigsten mit Scrophulose, welche wir früher schon als mit der Tuberculose verwandt, jetzt zum grossen Theil wenigstens als Theilglied der Tuberculose selbst ansehen müssen, dafür haben sich die grösste Anzahl der Forscher aller Länder ausgesprochen, so dass ich meine eigenen bestätigenden Erfahrungen nicht anzuführen brauche. Dass der Lupus sehr lange in der Haut sich localisiren kann, ohne allgemeine Infection hervorzurufen, ist eine Thatsache, welche nicht geläugnet werden kann. Mag die Haut an sich für die Bacillen nicht günstige Ernährungsbedingungen abgeben, wie Schüller meint, oder ihre Temperatur, welche nach Koch das Wachsthum und Vermehrung der Bacillen sehr beeinflusst, hier in Betracht gezogen werden, wie Neisser es hervorhebt, oder ob die Bacillen ins Blut nicht so leicht gelangen, weil sie, wie auch andere Virus in den Lymphdrüsen zurückgehalten werden, mag dahingestellt bleiben. Tuberculose im älteren Sinne wird trotzdem bei Lupus häufig genug beobachtet. Besässen wir eine Mortalitätsstatistik der lupösen Kranken, so gäbe sie den Beweis, ich zweifle nicht daran, dass die Tuberculose viel häufiger als jetzt angenommen wird, das Leben dieser Patienten beschliesst. Wenn auch der Beweis direct noch nicht erbracht werden kann, so weisen die bis jetzt bekannten Thatsachen darauf hin. Volkmann[1]) sagt zwar, es wäre eine Ausnahme, wenn Lupöse schliesslich tuberculos zu Grunde gehen, König[2]) dagegen, dass er eine ganze Anzahl solcher Kranken an Phthisis habe sterben sehen und Friedländer[3]), dass oft genug Erkrankungen und Todesfälle von Lungentuberculose beobachtet werden, er selbst habe eine Anzahl von Autopsien dieser Art gemacht. In den Verhältnissen dieser Kranken liegt es schon, dass sie nicht in den Hospitälern, wo sie so häufig temporäre Heilung aber nicht Schutz vor dem Recidiviren gefunden haben, sterben. Weinlechner[4]) schreibt, dass es keinem Zweifel unterliegt, dass der

---

[1]) Ueber Lupus und seine Behandlung. Klin. Vorträge Nr. 13.

[2]) Tuberculose der Knochen und Gelenke S. 42.

[3]) Fortsch. der Med. 1883. Nr. 17, Beilage S. 150.

[4]) Gerhardt's Lehrb. der Kinderkrankheiten, VI., 1. S. 129.

Lupus mitunter kräftige gesunde Menschen befällt; hätte man jedoch Gelegenheit, solche Individuen durch eine Reihe von Jahren zu beobachten, so würde man häufig finden, dass sie an Tuberculose erkranken. Nach Lailler ist die Lungentuberculose eine häufige Todesursache bei Lupus. Quinquaud[1]) führt drei hiehergehörige Fälle an. Köbner verdanke ich die briefliche Mittheilung eines Falles von Tod an Phthisis nach Lupus der Extremitäten. Besnier[2]) berechnet, dass unter 38 Fällen von Lupus, die er im Juni und Juli vorigen Jahres genau untersucht habe, 8 deutliche Zeichen der Lungentuberculose dargeboten hätten. Raudnitz[3]) findet 20—15% tuberculöse Belastung bei seinen Kranken. Von 35 Patientinnen, die ich im vorigen Jahre beobachtet habe, liess sich bei 15 eine tuberculöse hereditäre Belastung nachweisen, von 21 Patienten nur bei 3.

Auch Miliartuberculose oder weitere tuberculöse Processe wurden nach Lupus constatirt. Aubert[4]) sah 2 Patienten, die er scarificirt hatte, den einen an galoppirender Schwindsucht sterben, den andern an einer tuberculösen Pleuritis erkranken; Demme[5]) nach Auskratzen des Lupus 2mal Miliartuberculose eintreten. Heiberg[6]) erwähnt eines Falles von Meningitis tuberculosa nach Lupus, Hall[7]) eines Falles von Pleuritis tuberculosa nach wegen Lupus des Unterschenkels ausgeführter Amputation. Böck[8]) sah von 16 Patienten 3 an Tuberculosis pulmonum und allgemeiner Miliartuberculosis zu Grunde gehen. Ich selbst habe ausser dem früher veröffentlichten Falle von Tod eines kräftigen Mädchens an Meningitis tuberculosa nach Lupus des Gesichtes und der Extremitäten noch folgende hieher gehörige Fälle beobachtet. Ein Mann von 46 Jahren litt an Lupus des Gesichts, dem sich später Tuberculose verschiedener Knochen gesellte; er starb an allgemeiner Miliartuberculose. Ein 36jähriger Patient

[1]) De la scrofule. Thèse 1883, S. 125 ff.
[2]) Annales de Dermatologie et Syph. 1883. S. 383.
[3]) l. c.
[4]) Annales de Dermat. und Syph. 1883. S. 133.
[5]) Bericht der Thätigkeit des Jenner'schen Spitals f. 1883.
[6]) Tuberculose in ihrer anatom. Ausbreitung. Leipzig, 1882.
[7]) Tuberculose der Haut. Dissert. Bonn, 1879.
[8]) Vierteljschr. f. Derm. u. Syph. 1882. S. 572.

mit Lupus der Hinterbacken, erkrankte an Tuberculosis des rechten Hodens und starb nach einem halben Jahre an florider Phthisis. Eine Patientin in den 40er Jahren mit grossen Zerstörungen des ganzen Gesichtes bekam Tuberculosis der Harnorgane und starb alsbald an Phthisis.

Die Fälle von acuter Tuberculosis nach chirurgischen Eingriffen bei Lupus erinnern an die Fälle von Miliartuberculosis nach Resectionen bei Knochentuberculose, wie sie besonders von König und Verneuil beschrieben sind. Nicht so selten beobachten wir in der Umgebung des blutig behandelten Lupus neue Schübe lupöser Ausbreitung oder neue Infiltrationen von Drüsen oder in einzelnen Fällen, wie schon erwähnt, Miliartuberculose, Thatsachen, welche Besnier veranlasst haben, den Lupus nur galvanokaustisch zu zerstören.

Wenn im Gegensatze zur Tuberculose eine directe Vererbung bei Lupus nicht nachgewiesen ist — die Frage der Heredität der Tuberculose im Allgemeinen ist jetzt durch die Untersuchungen von Koch wieder brennend geworden — so müssen wir uns vorläufig auch mit wenigen Thatsachen begnügen und weiterem Forschen die Entscheidung überlassen. Bis jetzt sind nur selten Fälle von Lupus in derselben Familie beobachtet worden. Raudnitz berichtet über 5 Fälle, Pontoppidan über 3, Neisser über 2 bei Geschwisterpaaren, Veiel über einen Fall, wo Vater und Sohn an Lupus litten. Hebra nur über 2 bei Kindern derselben Familie. Ich selbst kann die Reihe ähnlicher Beobachtungen noch um einige bereichern. Eine junge Dame, die an Lupus der Backe litt, gab an, dass ihre Grossmutter an weitverbreitetem Lupus des Gesichtes gelitten habe. In der Klinik hatte ich kürzlich Mutter und Tochter gleichzeitig in Behandlung. Der Vater war tuberculös gestorben, die Mutter 54 Jahre alt, wollte erst in den letzten Jahren bei der Pflege ihres Mannes den Lupus bekommen haben. Ebenso habe ich kürzlich Vater und Sohn an Lupus behandelt und ein jetzt in Behandlung stehender Patient gibt an, dass seine Mutter an derselben Krankheit gelitten habe. Eine Dame mit Lupus des Ohres theilte mir mit, dass zwei ihrer Neffen an Lupus des Gesichtes leiden. So wenig Fälle beweisen Nichts, aber die Tuberculose mit ihrem gegen früher so ausgedehnten Feld zwingt uns, die Forschung nach der Heredität zu

erneuern. Wenn Pontoppidan schon sagt, die Heredität spielt eine Rolle als Vererbung der scrophulösen Diathese, so dürfen wir jetzt nicht mehr die Frage der Heredität auf Lupus allein beschränken, sondern ausdehnen auf das weite Feld der verschiedenen Arten der Tuberculose. Ob diese direct bei der Zeugung übertragen oder ob die Heredität nur als Uebertragung einer Disposition aufzufassen ist, darüber gehen die Ansichten noch weit auseinander.

Trotz der grossen, Koch zu verdankenden Fortschritte in der Tuberculosenfrage bleiben noch manche Punkte, welche durch fortgesetzte Forschungen aufgeklärt werden müssen. Ich erinnere nur noch an die Frage, auf welchen Wegen der Tuberkelpilz in den Körper gelangt. Für den Lupus haben wir in den primär gewöhnlich befallenen Localitäten, welche meist entblösst getragen werden, in Verletzungen, Rhagaden, Eczemen, Erysipelas, Masern, welche vor Entstehen des Lupus constatirt wurden, Winke, in welchem Sinne die Forschungen fortgesetzt werden sollen.

Wenn auch das klinische Bild und besonders der Verlauf des Lupus einen Unterschied mit der gewöhnlichen anerkannten Haut- und Schleimhauttuberculose darbietet, so sprechen doch der histologische Bau des Lupus, die Gegenwart des in seinen Eigenschaften und Wirkungen gleichen Bacillus und die Resultate der Impfversuche so sehr für die Einheit beider Processe, dass ich nur schliessen kann mit dem Ausspruche:

Der Lupus ist eine Form der Tuberculose der Haut.

Ueber die Natur des Lupus vulgaris.

Von

Prof. Dr. **H. Leloir** in Lille.

M. H. Ueber die Natur des Lupus vulgaris herrschen augenblicklich zwei Meinungen in der wissenschaftlichen Welt.

Bei einigen Dermatologen gilt der Lupus als eine Varietät der Tuberculose der Haut, als eine wenigstens im Anfang localisirte und primäre Hauttuberculose. Für andere, nicht minder hervorragende Dermatologen hat der Lupus nichts mit der Hauttuberculose gemein, und unter diesen letzteren halten ihn die einen für eine von der Tuberculose ganz verschiedene eigenartige Neubildung, die anderen für eine besondere, specifische Entzündung der Haut.

Untersuchen wir nun ohne Vorurtheil, auf welche Argumente man sich stützen kann, um die tuberculöse oder nicht tuberculöse Natur des Lupus vulgaris zu behaupten.

Wenn man zwei Krankheiten, wie Lupus und Tuberculose mit einander vergleichen will, müssen diese zwei Krankheiten, um auf ihre Identität schliessen zu können, in allen ihren Hauptcharakteren absolut vergleichbar sein, also in dem gegebenen Falle in klinischer Beziehung, in Bezug auf pathologische Anatomie, experimentelle Inoculation, und auf den Befund der specifischen Mikroorganismen.

1. Klinische Beziehungen.

Man hat mit Recht gesagt, dass die Symptomatologie des Lupus vulgaris verschieden ist von der eigentlichen Hauttuberculose, wie sie von Bazin, Chiari, Jarisch, Colomiatti, Vidal etc. beschrieben wurde.

Aber, wie Besnier und Malassez in den letzten Discussionen, die in Frankreich über die Natur des Lupus stattgefunden haben, mit Recht bemerkt haben, zeigen zwei Krankheiten von derselben Natur nicht immer dieselben Symptome. Dies ist eine Thatsache der allgemeinen Pathologie, bei der zu verweilen, überflüssig wäre. Anderntheils ist es offenbar, dass, wie Besnier bemerkt, der Lupus, wenn er eine primäre Tuberculose der Haut ist, nicht genau dieselbe Symptomatologie bieten kann, wie die secundäre Hauttuberculose bei einem schon kachektischen, gänzlich vom Virus der Tuberculose inficirten Individuum.

Man hat gesagt, dass sich der Lupus bei tuberculösen nicht häufiger findet, als bei nicht tuberculösen Individuen und dass die Lupuskranken nicht mehr als die anderen zur Phthise prädisponirt seien.

Ich halte es für unnöthig, hier zu wiederholen, dass die französischen Dermatologen schon seit langer Zeit besonderen Nachdruck auf die inneren Beziehungen zwischen Struma und Lupus gelegt und die unleugbare Tendenz gezeigt haben, den Lupus in Beziehung zu den scrophulo-tuberculösen Zuständen zu bringen. Diese Ansicht wurde bis in die jüngste Zeit mehr in Frankreich als in der Fremde bekämpft, und merkwürdigerweise behielten die Einwände die Oberhand, so dass die anatomisch-pathologischen Arbeiten von Friedländer, Köster etc. der französischen Ansicht eine beträchtliche Verstärkung zu bringen schienen. Aber in Wirklichkeit sind erst seit kurzer Zeit ernste klinische und statistische Untersuchungen über diesen Gegenstand angestellt worden.

Die Untersuchungen von Fournier, Quinquand, Lailler und besonders von Besnier schienen zu beweisen, dass die Lupuskranken häufiger phthisisch werden, als andere, dass aber ihre Phthise uns oft entgeht, weil sie lang localisirt und latent bleibt und ohne Einfluss auf das Allgemeinbefinden ist, weil sie sich in kleinen, vorübergehenden Schüben zeigt, die durch lange Intervalle gänzlicher Ruhe von einander getrennt sind. Sonst aber ist die Phthise in schubweisem Auftreten bei Lupuskranken nicht gar so selten. Endlich werden ja die Lupuskranken öfters plötzlich dahingerafft durch eine allgemeine acute Miliartuberculose. Ich habe

davon in St. Louis merkwürdige Fälle gesehen, wo der einzige aufgefundene Infectionsherd der Lupus war.

In einer neulich ausgeführten wichtigen Arbeit über Aufforderung Besnier's mit dem statistischen Material von Besnier, Fournier, Lailler und Vidal hat Renouard 26 Fälle von Autoinfection unter 171 Lupusfällen nachgewiesen, das ist fast ein Verhältniss von 1 zu 6.

Kurz, die klinische Frage ist noch keineswegs gelöst. Neue minutiöse Untersuchungen müssen angestellt werden. Ich erwähne nur, dass die statistischen Untersuchungen sehr schwer sind, denn wenn der Lupus eine locale Tuberculose ist, ein längerer oder kürzerer, manchmal ein sehr langer Zeitraum vergehen kann zwischen dem Auftreten der localen Tuberculose und der secundären Infection des Organismus. Es genügt nicht, die Lupuskranken im Anfang zu auscultiren und auszufragen, man muss ihnen lange Zeit folgen und genau sehen, was mit ihnen vorgeht, und das ist nicht immer eine leichte Sache.

Man hat gesagt, dass der Lupus niemals den Knochen angreift: das Factum ist zwar im Allgemeinen, aber nicht absolut wahr.

Ich besitze eine interessante Beobachtung von einem Kranken aus der Abtheilung des Dr. Lailler, wo ein Lupus des Gesichts und des Halses die Knochen angegriffen hatte. Diese (das Nasenbein, der obere Kinnbacken und der Gaumen) waren nicht secundär necrosirt an den von den lupösen Ulcerationen blossgelegten Stellen, sondern wirklich angegriffen von lupösen Knötchen, die, wie Sie an Zeichnungen constatiren können, histologisch äusserst charakteristisch sind. Das ist, glaube ich, der erste authentische Fall von Lupus der Knochen. Der Kranke starb an allgemeiner, acuter Miliartuberculose.

2. Pathologisch-anatomische Beziehungen.

Die pathologische Anatomie des Lupus hat seit den Untersuchungen von Friedländer und Köster die morphologische Identität von Lupus und Tuberculose dargethan. Die Zeichnungen, die ich Ihnen unterbreite (tuberculöser Lupus der Haut und der Schleimhäute) zeigen, dass diese Identität absolut ist. Colomiatti hatte versucht den Lupus von der Tuberculose zu unterscheiden

durch die Anwesenheit eines netzförmigen Bindegewebes in einem und seine Abwesenheit im anderen Falle. Aber dieses netzartige Bindegewebe existirt sowohl beim Lupus als bei der Tuberculose, wie Sie an dieser Zeichnung aus dem „Traité descriptif des maladies de la peau“, das ich jetzt mit Dr. Vidal veröffentliche, sehen können. Ferner steigert sich die morphologische Identität des Lupus vulgaris mit der Tuberculose noch mehr durch das Studium und die Kenntniss des Lupus sclereux, der, wie Vidal und ich gezeigt haben, zu dem Lupus vulgaris dasselbe Verhältniss darbietet, wie die fibröse Tuberculose der Lunge zur gewöhnlichen Tuberculose dieses Organes (Anatom. path. du Lupus par Leloir et Vidal, Soc. de Biologie Novembre 1882).

Sie können an den schönen Zeichnungen, die ich Ihnen hiemit zur Ansicht überreiche und die ebenfalls aus dem Atlas stammen, den ich mit Vidal herausgebe, ersehen, dass der scleröse Lupus ganz dieselbe Structur zeigt, wie die fibröse Tuberculose.

3. Die Inoculation.

Die Untersuchungen von Villemain, Chauveau, Cohnheim, Cornil, Toussaint, Martin und endlich die imposanten Untersuchungen von Koch haben bewiesen, dass nur die Tuberculose selbst Tuberculose erzeugt.

Wenn also der Lupus eine locale Tuberculose ist, muss er unter günstigen Bedingungen eingeimpft, Tuberculose erzeugen, die sich wieder weiter verimpfbar erweist, wie die wahre Tuberculose.

Seit 1879 (Leloir, Soc. de Biologie 1882) impfte ich im Laboratorium von Vulpian subcutan zwei Hunde und sechs Meerschweinchen. Das Resultat war negativ. Vidal, Kiener, Colomiatti impften ebenfalls Thieren subcutan Lupusfragmente ein; sie waren um nichts glücklicher. 1880 erhielt Schüller 99 positive Impfungsresultate, indem er in die Luftwege des Kaninchens eine Lupusmasse einführte. Trotz dieser 99 Fälle von Schüller betrachtete die Mehrzahl der Autoren den Lupus als unvermögend die Tuberculose durch Impfung zu erzeugen.

Indessen, trotz der Misserfolge von andern Experimentatoren und von mir, war ich nicht überzeugt von der Unmöglichkeit einer erfolgreichen Einimpfung des Lupus, und ich dachte mir,

dass die Misserfolge möglicher Weise von den ungenügenden technischen Hilfsmitteln herrühren konnten.

Ich wendete daher die intraperitoneale Impfmethode, welche Hippolyte Martin für die Tuberculose angegeben, an, und seit 1882 (Leloir, Soc. de Biologie Decemb. 1882) impfte ich so eine gewisse Anzahl von Meerschweinchen unter den folgenden Vorsichtsmassregeln, die ich hier nur kurz erwähne.

1. Muss man sich versichern, dass der Lupuskranke und das Thier, an dem man die Effecte der Inoculation beobachten will, frei sind von jeglicher Tuberculose;

2. muss man mit allen nöthigen antiseptischen Cautelen vorgehen;

3. muss man die geimpften Thiere mit Controlthieren in nicht inficirte Käfige geben und geschützt halten vor jeder möglichen Ansteckung;

4. muss man noch nicht behandelten und sich erst entwickelnden Lupus nehmen.

Ich habe so zusammen mit Professor Cornil (Cornil und Leloir, Soc. de Biologie Juli 1883 und Archiv. de Physiologie Avril 1884) eine grosse Anzahl von Meerschweinchen und mehrere Kaninchen geimpft. Wir haben da ein gewisses Percent positiver Fälle von generalisirter Tuberculose erhalten mit Tuberkeln, die Bacillen enthielten, und mit der Fähigkeit eine immer weiter inoculable Tuberculose zu erzeugen: 6 positive Fälle auf ungefähr 13 negative Impfungen in die vordere Augenkammer der Kaninchen haben uns, nach Elimination aller möglichen Irrthümer als Percentsatz der positiven Fälle eins zu eins ergeben. Daher können wir nach unseren bisherigen Untersuchungen sagen, dass Lupus, den Thieren unter günstigen Bedingungen eingeimpft, oft (ungefähr einmal unter drei Fällen) eine allgemeine Miliartuberculose erzeugt, die immer weitergeimpft werden kann und deren Tuberkel Bacillen enthalten. Kurze Zeit nach uns ist Koch zu analogen Resultaten gelangt. Seit dieser Zeit habe ich von Neuem eine grosse Zahl geimpft; ich habe noch eine gewisse Zahl positiver Resultate erhalten; diese werden zu gelegener Zeit veröffentlicht werden. Ich habe mich jetzt aber gefragt, woher es kommt, dass der in das Bauchfell oder die vordere Augenkammer eingeimpfte Lupus so oft bei den Thieren die Tuberculose erzeugt, während

er, unter die Haut geimpft, nicht im Stande zu sein scheint, sie hervorzurufen.

Ein Zufall bei einem Experiment hat mir, wie ich glaube, die Erklärung geliefert. Ich habe diesen Fall schon kurz in Renouard's Arbeit mitgetheilt. Bei 2 Meerschweinchen, wo die intra-peritoneale Inoculation des Lupus misslungen war, (nur die Haut war genäht worden) war das Lupusfragment aus der Bauchhöhle herausgefallen und hatte sich zwischen die incidirten Muskeln der Bauchwand und unter die Haut mit einem Stück eines Netzes, das sich daran geheftet hatte, eingebettet.

Ich konnte in diesen Fällen folgende Thatsachen constatiren:

Nach vollständiger Vernarbung der Haut (vollständig binnen 8 Tagen) erschien 2 Monate darnach, in der Höhe der Impfstelle ein platter Tumor, breit wie ein 2 Sousstück, mehr als 1 Ctm. dick, eingebettet in die Haut und durch seine Consistenz erinnernd an ein Hautgumma im Zustande der Entwicklung.

Endlich ulcerirte der Tumor im Centrum. Diese Ulcerationen waren etwas grau, speckartig, wenig tief, breit wie ein 10 Sousstück und zeigten grosse Analogie mit einem oberflächlich ulcerirten strumösen Hautgumma. Geschnitten erinnerten sie vom histologischen Standpunkte aus sehr an einen Lupusschnitt. Von einem Tumor hat Baretta einen Abdruck angefertigt. Seit dieser Zeit habe ich mehrmals versucht, diese Erscheinung wieder hervorzurufen, indem ich an ein Lupusstück, das ich unter die Oberhaut des Bauches brachte, ein Stück Bruchnetz anheftete um es zu ernähren; dies ist mir 2mal unter 6mal gelungen.

In diesen unterschiedlichen Fällen zeigten die Thiere bei der Autopsie keine andere tuberculöse Erscheinung. In einem Falle, dem einzigen, in dem diese Untersuchung angestellt wurde, konnte ich einige Bacillen in dem auf die angegebene Weise erzeugten Tumor finden.

Also in diesen letzteren Fällen ist es mir gelungen, den Lupus unter der Haut haften zu machen, was vorher noch nie erreicht worden war. Ich habe so, allem Anscheine nach, eine Specialform der localisirten Tuberculose erzeugt. Es ist wahrscheinlich, dass diese auf eine allgemeine Tuberculose hinausgelaufen wäre, wenn ich die Thiere hätte länger leben lassen. Gegenwärtig stelle ich Untersuchungen in dieser Beziehung an.

Ich glaube, dass, wenn es mir gelungen ist in gewissen Fällen unter die Haut geimpfte Lupusstücke haften zu machen, der Grund darin zu suchen ist, dass ich ihnen die Möglichkeit geboten habe, im Hypoderm zu leben, einem Medium, in dem sie sonst schnell zu nekrosiren scheinen. Dies aber habe ich erreicht, indem ich dem Lupusstücke und dem dasselbe umgebenden Gewebe eine Vascularisation verschafft habe, durch die Gefässneubildung, welche von den Gefässen des vorgefallenen Netzes ausging.

Es scheint also aus den obigen Thatsachen hervorzugehen, dass man nach Belieben, indem man Lupusfragmente unter gewissen Bedingungen einimpft, bald eine allgemeine, bald eine locale Tuberculose erzeugen kann.

4. Specifische Mikroorganismen des Lupus.

Professor Cornil und ich (Cornil et Leloir, Soc. de Biologie Juli 1883, Arch. de Physiologie. Avril 1884) haben die Tuberkelbacillen in 11 Fällen von Lupus nach dem Ehrlich'schen Verfahren gesucht. Wir haben Bacillen nur in einem der untersuchten Fälle gefunden und da nur einen Bacillus bei 12 untersuchten Schnitten; wir müssen hinzufügen, dass gerade in diesem Falle der Kranke von Lungentuberculose ergriffen war.

Indessen war einer der Lupusfälle, der genau untersucht uns keine Bacillen zeigte, der Ausgangspunkt zweier Serien von bacillärer Impftuberculose.

Die von Schüller beschriebenen runden Mikroben bei Lupus konnten wir nicht finden. Man muss sich aber vor den Mastzellen hüten, die man sehr leicht für Mikrococcen halten kann.

Soll man also annehmen, dass die Bacillen wegen ihrer geringen Zahl uns in diesen Fällen entgangen seien? Aber unsere sehr genauen Untersuchungen bezogen sich auf eine grosse Zahl von Schnitten. Soll man annehmen, dass in diesen Fällen der Träger der Tuberculose unter einer anderen Form existirte (Mikrococcen, Zoogloea) und dass er durch die angewendeten Reagentien nicht gefärbt werden konnte? Hätten also die tuberculosen Thiere als Culturboden für die Weiterentwicklung der Bacillen gedient. Handelt es sich hier etwa um „tuberculose zoogloeïque", wie sie neulich Malassez beschrieben hat? Aber wir haben weder Zooglöen noch Mikrococcen gefunden!

Wir suchen gegenwärtig unter Anwendung verschiedener technischer Methoden nach Zooglöen und Micrococcen des Lupus, wir nehmen die Nachforschungen nach den Bacillen dieser Krankheit wieder auf. Vielleicht werden spätere Resultate die früheren widerlegen. Das ist um so wahrscheinlicher, als Pfeiffer, Doutrelepont, Demme und endlich vor Allen Koch beim Lupus vulgaris Bacillen, wenn auch in kleiner Quantität, gefunden haben. Ferner hat, und dies ist die Hauptsache, Koch in 7 Lupusfällen Bacillen gefunden, sie gezüchtet, und durch Impfung der Culturflüssigkeit eine ausgesprochene allgemeine Tuberculose erzeugt.

Wenn zahlreiche neue Beobachtungen die letzten Resultate Koch's bestätigen würden, würde diese Frage definitiv entschieden sein.

Indessen, um mich an die Facta zu halten, die ich, sei es allein, sei es zusammen mit Prof. Cornil beobachtet habe, muss ich dieser Abwesenheit der Bacillen in den von uns studirten Fällen Schuld geben an der Inconstanz der Erfolge der Inoculation. Eine relativ lange Periode vergeht zwischen der Impfung und dem Erscheinen der Tuberkel bei den positiven Fällen, im Gegensatze zu dem, was bei der wahren Tuberculose geschieht. Wenn es also nach den vorhergehenden Untersuchungen wahrscheinlich erscheint, dass der Lupus eine locale Tuberculose ist, so ist er auf jeden Fall eine abgeschwächte Tuberculose. Vielleicht dankt der Lupus seine negativen Eigenschaften, wenn ich so sagen darf, den seltenen Befund von Bacillen, die Inconstanz der positiven Impfungen, seiner langen Dauer, die ihn auf die Stufe der alten, faserigen Tuberculose stellt. Man weiss ja, dass es bei der letzten ebenfalls sehr selten gelingt, Bacillen zu finden.

Was soll man aus den obigen Auseinandersetzungen schliessen? Sicherlich scheinen die Klinik, die pathologische Anatomie und besonders die Experimente (Impfungen) darauf hinzuweisen, dass der Lupus oft eine primäre locale Tuberculose der Haut oder der Schleimhäute ist. Ist es aber immer so? Ist die Krankheit, die wir mit dem Namen „Lupus vulgaris" bezeichnen, immer eine primäre locale Tuberculose der Haut oder ist sie in gewissen Fällen etwas anderes? Kurz, ist Lupus vulgaris eine einzige Krank-

heit? Sind die klinischen und specifischen Charaktere dieser Krankheit genügend präcis, klar und bestimmt, dass wir behaupten könnten, dass der Lupus vulgaris, wie wir den Begriff auffassen, immer eine primäre locale Hauttuberculose ist? Sicherlich ist es schwer, entschieden auf diese Frage zu antworten. Es ist möglich, und wer wollte das Gegentheil behaupten, dass wir unter dem Namen Lupus vulgaris oder Willani Krankheiten beschreiben, die ihrem Wesen, ihrer Specificität nach verschieden, in ihren objectiven Bildern, wenigstens dem Anscheine nach, gleich sind. Jeden Augenblick sehen wir in der allgemeinen Pathologie verschiedene Ursachen gleiche Effecte erzielen, wenigstens für unsere Augen. Kann man behaupten, dass es beim Lupus nicht ebenso ist? Und wenn es so wäre, könnte nicht die Divergenz der Meinungen, die Inconstanz der experimentell erhaltenen Resultate und der mykologischen Untersuchungen dadurch erklärt werden, dass man untersucht, discutirt und experimentirt hat über Krankheiten die (wenigstens in den Augen der gegenwärtigen Dermatologen) objectiv gleich aber ungleich in ihrer Natur sind.

Um nicht bis zum syphilitischen Lupus der alten Autoren zurückzugreifen, sehen wir nicht Dermatologen wie Hutchinson, E. Wilson, wie Fournier, die Möglichkeit eines Lupus zugestehen, der eine Manifestation der Syphilis hereditaria tarda, eine Art degenerirtes Product der Lues, dennoch das Aussehen hat des wahren scrophulotuberculösen Lupus.

Prof. Fournier hat mir in dieser Beziehung eine äusserst merkwürdige Beobachtung mitgetheilt: Es handelt sich um einen Geistlichen des Klosters St. Jean de Dieu, der einen Gesichtslupus hatte ungefähr so breit wie die flache Hand. Es war einer der charakteristischesten Lupusfälle. Fournier zeigte ihn sogar seinen Collegen im Spital St. Louis als den Typus des Lupus vulgaris und Lailler und Besnier zögerten nicht die Diagnose auf Lupus vulgaris zu stellen. Trotzdem und zur Beruhigung seines Gewissens liess Fournier den Kranken Jodkali innerlich nehmen, ohne ihm irgend eine locale Behandlung zu verordnen. In höchstens 5 Wochen war dieser Lnpus vollständig geheilt. Dieser Geistliche hatte niemals Syphilis gehabt. Fournier ist aus verschiedenen Gründen überzeugt, dass er noch nie coitirt hat. Handelte es sich hier um eine anormale Form des Pseudo-Lupus in Folge der Syphilis hereditaria tarda?

Ich beobachte jetzt auf der Abtheilung von Prof. Fournier im Spital St. Louis einen analogen Fall.

Andererseits ist es sicher, dass einige Dermatologen, darunter Vidal, einwerfen werden, dass die wahre Hauttuberculose wie Lupus vulgaris aussehen kann, ohne dass deswegen Lupus vulgaris Tuberculose der Haut sein muss.

Ich will diese schon allzu ausgedehnte Discussion nicht weiter verlängern und nicht noch länger Ihre Geduld missbrauchen. Ich will nur bemerken, dass, wenn die Thatsachen stark für die tuberculöse Natur des Lupus vulgaris zu sprechen scheinen, daraus noch nicht folgt, dass man gegenwärtig mit Sicherheit behaupten kann, dass das, was wir mit dem Namen „Lupus vulgaris“ bezeichnen, immer Hauttuberculose sei.

Vielleicht werden genaue und langwierige Untersuchungen, angestellt an einer grossen Anzahl von Lupusfällen, die in allen ihren klinischen, anatomischen, specifischen Charakteren studirt worden sind, eines Tages erlauben diese Frage definitiv zu lösen und entweder den Lupus von Willan als keine einheitliche Krankheit erweisen; oder sie werden seine Einheit nachweisen und diese auf unerschütterliche Grundlagen stellen.

Die specifischen Functionen der Nerven der Haut.

Von

Dr. A. Goldscheider,

Assistenzarzt in Neisse.

Johannes Müller hat zuerst den Gedanken ausgesprochen, dass wir nicht die Eigenschaften der Objecte als solche wahrnehmen, sondern die specifischen Qualitäten unserer Sinnessubstanzen. Durch Helmholtz ist diese Lehre von den specifischen Energien der Sinnesnerven bei den Fasern der Gehörschnecke dahin erweitert worden, dass jeder Primitivnervenfaser, resp. jeder Ganglienzelle eine specifische unabänderliche Qualität der Empfindung zukommt. Diese Lehre hat bei manchen Sinnesorganen noch bedeutende Schwierigkeiten und nicht zum wenigsten bei der Haut. Jedoch auch das Hautsinnesorgan verhält sich nach den von Blix und mir unabhängig von einander angestellten Untersuchungen dieser Lehre entsprechend.

Der Temperatursinn ist nicht gleichmässig über die Hautfläche verbreitet, sondern in bestimmten Punkten localisirt; und zwar empfindet ein Theil dieser Punkte nur Kälte — Kältepunkte, ein anderer Theil nur Wärme — Wärmepunkte. Dieselben sind theils in Gruppen theils in Linien angeordnet und diese Linien umgeben gewöhnlich rundliche, elliptische, ovale Stellen, welche vollkommen anästhetisch gegen Temperatureindrücke sind. Die Anordnung der Punkte macht somit den Eindruck eines areolären. Häufig complementiren sich die Kälte- und Wärmepunkte gegenseitig in ihrer Anordnung, so dass die einen in Lücken der anderen eintreten. An manchen Stellen der Haut überwiegen die Kältepunkte, an manchen die Wärmepunkte, an anderen halten sie sich

das Gleichgewicht. An den Regionen des feinsten Tastgefühls treten dieselben auffallend zurück. Die Punkte sind mit verschiedenartiger Intensität der Empfindung begabt und die einen schon durch schwache, die anderen erst durch stärkere Reizgrade zu erregen. Auffallend ist der feine Ortssinn der Temperaturpunkte, welche in viel geringeren Distanzen zu unterscheiden sind als die Weber'schen Messungen für das Tastgefühl der entsprechenden Regionen vorschreiben.

In den Kältepunkten ist durch mechanische Erregung Kältegefühl, in den Wärmepunkten Wärmegefühl zu produciren. Der Versuch, sowie die folgenden sind so auszuführen, dass bei abgewandten Augen des Untersuchten von einem Gehilfen mittelst einer Nadel oder eines spitzen Hölzchens leichte Stösse auf und zwischen die vorher mit Farbe bezeichneten Temperaturpunkte ausgeübt werden und der Untersuchte jedesmal angibt, was er fühlt. Manche Punkte sind leicht, manche schwerer zu erregen. Die Auffassung des punktförmigen Kälte- und Wärmegefühls, welches uns völlig ungewohnt ist, ist zuerst sehr schwierig und verfeinert sich sehr schnell durch die Uebung.

In entsprechender Weise reagiren die Temperaturpunkte auf den elektrischen Reiz in ihrer specifischen Empfindung. Es sind schwache faradische Ströme und Nadel-Elektroden anzuwenden.

Auch durch elektrische Erregung der Empfindungsnerven in ihrer Continuität sind excentrische Temperaturgefühle zu produciren. Man muss äusserst starke, eben noch zu ertragende Ströme und als Elektrode einen Metallstift anwenden. Excentrisches Kältegefühl ist häufiger zu produciren als Wärmegefühl. Die Elektrisation der Temperaturnerven gelingt nicht überall am Nervenstamm, sondern nur an gewissen Punkten, wo die Temperaturnerven vielleicht besonders günstig liegen. Das excentrische Temperaturgefühl nimmt meist einen kleineren peripherischen Bezirk ein als das gleichzeitige Prickeln, die Erregung der Gefühlsnerven. — In entsprechender Weise ist mir auch die mechanische Erregung der Temperaturnerven in ihrer Continuität an bestimmten Stellen, mittelst Compression durch Kork, gelungen.

In den Temperaturpunkten wird weder Berührung noch Schmerz empfunden. Auch bei Elektrisirung verhalten sich dieselben analgetisch. Ebenso bei Application punktförmiger starker

Hitzereize, welche in der Umgebung Schmerz, auf den Punkten keinen erregen. Zu diesen Versuchen ist äusserste Genauigkeit in der Bezeichnung der Punkte nothwendig, welche sehr distincter Natur sind.

Hiermit sind alle Anforderungen erfüllt, welche die Lehre von den specifischen Energien an die Temperaturnerven stellt. Die festgestellten Erscheinungen sprechen gegen die von E. Hering aufgestellte Temperatursinn-Theorie. Andere von mir angestellte Versuche zeigen zugleich, dass Abkühlung die Reizbarkeit der Kälte- und Wärmenerven herabsetzt, ebenso Erwärmung. Die Erregung der Temperaturnerven ist ausgezeichnet durch eine lange Nachdauer. Schon die geringste Reizung eines Kältepunktes hinterlässt oft eine langdauernde Nachempfindung, wo von einer irgend erheblichen Abkühlung nicht die Rede sein kann. Nach meiner Ansicht bildet daher den adäquaten Reiz für die Kältenerven die Abgabe, für die Wärmenerven die Aufnahme von Wärme; der Erregungszustand klingt erst allmälich ab und die Erregbarkeit beider Nervenarten wird durch die Temperaturreize herabgesetzt. Durch diese Theorie sind alle Erscheinungen zu erklären.

Es gibt Punkte, welche schwächste mechanische Druckreize wahrnehmen, die in der Umgebung keine Empfindung hervorbringen. Diese Druckpunkte verhalten sich entsprechend bei schwächsten faradischen Reizen. Auch diese Punkte sind in areolärer Weise angeordnet, sie stehen dichter als die Temperaturpunkte. Die Epidermis ist ohne Einfluss auf dieselben, denn nach Entfernung derselben ergeben sich dieselben Bilder. Zwischen den Druckpunkten finden sich nicht selten, nach demselben Typus angeordnet, Punkte, welche schon bei leichtester Berührung schmerzen — Schmerzpunkte. Nur an den Druckpunkten kommt das qualificirte Druckgefühl zu Stande, nur auf ihnen ist man im Stande, die Stärke des Druckes zu schätzen. Innerhalb der Areolen, d. h. auf den nicht mit Druckpunkten versehenen Stellen, ist das Gefühl stumpf, leer und geht leichter in Schmerz über als auf den Punkten. Die Druckpunkte sind zugleich die Träger eines äusserst feinen Ortsgefühls. Auf dem Rücken können manche Druckpunkte schon bei einer Entfernung von 4 Mm. — bei gleichzeitiger Berührung — als doppelt empfunden werden, an den Fingerbeeren

bei 0·1 Mm. Entfernung. Ich benützte einen mit feinen Nadeln versehenen Tasterzirkel, welcher die Ablesung bis auf Millimeter-Zehntel gestattet. Die Weber'sche Anschauung von den Tastkreisen kann hiernach nicht mehr aufrecht gehalten werden. Vermuthlich stellen die Druckpunkte die Endigungen besonders differenzirter Tastfasern dar, welche von den die übrige Hautfläche versehenden allgemeinen Tastfasern zu unterscheiden sind. Die Schmerzpunkte sind wahrscheinlich besonders exponirte Endigungen der letzteren. Wenn wir ein Object betasten, so fühlen wir nicht unmittelbar dasselbe, sondern unsere Druckpunkte sind es, welche wir fühlen und erst von ihnen aus schliessen wir auf das Object. Durch Prüfung mit kleinen kreisförmigen und ovalen Objecten überzeugt man sich, dass der Eindruck, welchen wir von der Gestalt desselben bekommen, davon abhängt, wie viel Druckpunkte von demselben getroffen werden und in welcher Anordnung sich dieselben befinden. Darin ist auch der Grund gelegen, warum wir die Tastfläche über das Object hin verschieben.

Die Aetiologie und Pathologie der Lepra.

Von

Dr. Armauer Hansen

in Bergen.

Wenn wir die Aetiologie der Lepra behandeln sollen, sind wir leider nicht in der glücklichen Lage ganz unzweifelhafte Beweise vorführen zu können. Das, worauf es hauptsächlich ankommt, ist nach meiner Auffassung die Frage, ob wir die Krankheit als eine specifische Krankheit ansehen können. Die ältere Ansicht ist die, dass die Lepra eine erbliche Krankheit ist, und dass sie auch durch unspecifische Ursachen hervorgerufen werden kann. Dies ist die Ansicht der Herren Danielssen und Boeck. Der verstorbene Dr. Hjorth nahm nur die letzte Ursprungsweise an und meinte, dass die Krankheit nicht erblich sei. Dr. Holmsen hat die Lepra als eine specifische, miasmatische und nicht erbliche Krankheit angesehen. Prof. Lachmann endlich erklärt die Krankheit für eine specifische, contagiöse und erbliche. Wir finden also hier so ziemlich alle möglichen Meinungen repräsentirt. Ich betrachte die Lepra als eine specifische, contagiöse und nicht erbliche Krankheit und ich werde jetzt meine Gründe für diese Auffassung mittheilen:

I.

Zuerst werde ich aus dem klinischen Bilde der Krankheit zu zeigen suchen, dass dieses am meisten mit dem einer Infectionskrankheit zusammenfällt. Wir können in dieser Beziehung die zwei Formen der Krankheit zusammen besprechen. Sowohl die knotige wie die fleckige Form fängt bei ihrem Ausbruche mit einem fieberhaften Allgemeinleiden an. Wenn der Ausbruch in

der Haut fertig ist, hört das Fieber auf; der Pat. befindet sich wieder ganz wohl; nur hat er seinen leprösen Ausschlag. Oft ist das Fieber so unbedeutend, dass die Pat. gar kein Gewicht darauf legen oder es als ein Erkältungsfieber ansehen. Der weitere Verlauf kann nun verschieden sein. Der Ausschlag, er sei knotig oder fleckig, kann allmälich im Laufe von einigen Jahren verschwinden, während sich eine bedeutende Anästhesie mit ihren Folgen entwickelt. Das ist der gewöhnliche Verlauf der fleckigen oder anästhetischen Form. Ein solcher Verlauf kommt auch in der knotigen Form vor, ist aber äusserst selten. Meistens treten neue Ausbrüche oder Eruptionen von Knoten, resp. Flecken, auf. Solche Eruptionen kommen auch in der fleckigen Form vor, sind aber in dieser viel seltener. Der Charakter der Eruptionen ist aber derselbe in beiden Formen, das heisst: Die Eruption wird von einem Fieberanfalle eingeleitet, und besonders in der knotigen Form kann man oft beobachten, dass gleich bevor oder unter dem Fieberanfalle die älteren Knoten erweichen; sodann kommt die Eruption von neuen Knoten in der Haut, auf der Zunge, im Pharynx oder Larynx, oder die Nerven werden afficirt oder es treten Iridokykliten auf. Das Fieber hört auf, Pat. befindet sich wieder wohl, nur ist er mehr leprös als früher. Diese Eruptionen haben vollständig den Charakter einer Selbstinfection. Durch das Hinfallen älterer Productionen wird das Fieber eingeleitet; dann kommt die neue Eruption und es tritt wieder Ruhe ein. In dieser Weise kommen in der knotigen Form fast immer neue Nachschübe, und darum ist die Heilung der Krankheit in dieser Form ein äusserst seltenes Vorkommniss, während sie in der fleckigen oder anästhetischen Form Regel ist. Diese Behauptung kann Sie vielleicht verwundern; ich will aber versuchen nachzuweisen, dass die Lepra eine Krankheit ist, die typisch zur Heilung geht. Die Hautaffectionen schwinden immer allmälich im Laufe von Jahren, und wenn dann keine neuen Eruptionen sich einfinden, ist die Hautaffection geheilt. Dies ist, wie schon bemerkt, Regel in der fleckigen Form. Die Pat. werden aber zugleich anästhetisch und die Anästhesie ist nichts anderes, als die Folge der Heilung der Nervenlepra. Wenn ein Nervenstamm leprös afficirt wird, bekommt Pat. zuerst Schmerzen und erst allmälich entwickelt sich später die Anästhesie in Folge einer secundären Entzündung an

bestimmten Stellen des Nervenstammes, der immer in grösserer Ausdehnung leprös angegriffen ist, aber nur wo der Nerv über einen Knochen hingleitet wie der N. peronaeus über die Fibula, oder wo der Nerv ein Gelenk passirt, tritt die secundäre Entzündung auf, also an solchen Stellen, wo der Nerv Druck oder Dehnung ausgesetzt ist, und durch die Narbenbildung, durch Druck des schrumpfenden Bindegewebes werden die Nervenfasern atrophisch und functionsunfähig. Die Krankheit ist geheilt, der Nerv aber zerstört, ganz wie im atrophischen Auge nach einer Panophthalmitis. Ein Pat. wie dieser hier wird wahrscheinlich nie mehr in seinem Leben etwas Lepröses produciren, und dann ist er von seiner Lepra geheilt. Wann dies aber der Fall ist, ist schwer zu sagen; denn es kommt vor, dass Patienten, die schon mehrere, selbst 5—6 Jahre frei von allen Hautaffectionen gewesen sind, eine neue Eruption bekommen, und in diesem Falle kann es sich auch ereignen, dass ein früher fleckiger Pat. eine Eruption von Knoten bekommt. In einem Falle habe ich nachweisen können, dass bei einem Pat., der schon mehrere Jahre keine Flecken mehr hatte und der an Phthisis starb, die Inguinaldrüsen noch deutlich leprös waren in derselben Weise wie in der knotigen Form. Von derartigen Drüsen wird natürlich eine neue Eruption ausgehen können. Die Krankheit kann also latent sein und bietet in dieser Beziehung eine vollständige Analogie mit der exquisit infectionären Syphilis. Auch die Tendenz zur Heilung spricht dafür, dass die Krankheit eine infectionäre ist und nicht auf einer Bildungsanomalie beruht. Ich bin sehr geneigt, die Anschauung Cohnheims zu theilen, dass die Geschwulstbildungen auf Entwicklung von im erwachsenen Organismus zurückgebliebenen foetalen Gewebselementen beruhen. Es ist nun für die bösartigen Geschwülste charakteristisch, dass sie immer weiter wachsen, sich immer weiter ausbreiten. Es ist wohl möglich, dass sie bei diesem Wachsthum die Nachbartheile wirklich inficiren; es ist aber eben so gut denkbar, dass die foetalen Gewebselemente in grösserer Ausdehnung vorhanden sind und ganz einfach zum wirksamen Leben angeregt werden. Darum sind auch die Geschwulstbildungen meistens unheilbar, weil es nur äusserst selten gelingt, die zur Geschwulstbildung disponirten Theile oder die dieselbe begründende Bildungsanomalie zu entfernen. Die syphilitischen und

leprösen Neubildungen dagegen gehen nicht weiter, als das Gewebe von Gift inficirt ist, und wenn das Gift hier zu Grunde gegangen oder entfernt ist, dann ist auch die locale Heilung vollständig. Diese Betrachtungen sprechen also auch für die specifische, infectiöse Natur der Lepra.

II.

Ich werde demnächst von den pathologisch-anatomischen Befunden sprechen, wobei ich mich auf die parasitologische Frage beschränken will. Dr. Danielssen hat schon längst nach pflanzlichen Parasiten gesucht, ohne sie zu finden, was leicht erklärlich ist mit den damaligen optischen und übrigen technischen Hilfsmitteln. Er hat auch in Folge dessen meinen Bestrebungen in dieser Richtung immer mit dem grössten Interesse gefolgt. Schon bei meinen ersten Untersuchungen lepröser Productionen fielen mir ganz sonderbare Bildungen auf, die früher schon öfter gesehen waren, besonders von Danielssen und Virchow, der sie für Riesenzellen erklärte. Ich gewann doch bald die Ueberzeugung, dass sie nicht gewöhnliche Riesenzellen waren, sondern ganz eigenthümliche Bildungen, die nur in leprösen Productionen vorkommen; und in diesen waren sie constant. Es sind dies eigenthümlich gelbbraun gefärbte, körnige Zellen oder Klumpen, die in älteren Knoten und immer in der Leber, Milz, den Testikeln und Nerven knotiger Pat. vorkommen. Damals hatte ich keine Idee davon, was diese Zellen oder Knoten eigentlich waren. Erst nachdem ich durch weiteres Studium der Krankheit und durch Erforschung der Ausbreitung der Krankheit in einigen Landdistricten die Ueberzeugung gewonnen hatte, dass die Krankheit contagiös sei, fing ich an, den Infectionsstoff selbst zu suchen, und ich fand damals in den Jahren 1871 und 1872 immer in den Knoten kleine bewegliche Stäbchen, die den Eindruck von Bacterien machten. Ich machte auch einige primitive Culturversuche, indem ich frische Präparate in feuchten Kammern aufbewahrte und fand auch wirklich eine Entwicklung. Ich wagte damals nur sehr zweifelnd die Beobachtungen in meinem Bericht an die medicinische Gesellschaft in Christiania über die Untersuchungen zur Aetiologie der Lepra, zu veröffentlichen, da bisher keine chronische Krankheit als eine Bacterienkrankheit bekannt war. Später kamen die klassischen

Untersuchungen Koch's über pathogene Bacterien, wodurch man mit den neuen Färbungsmethoden bekannt wurde. Ich fing dann wieder an, jede Methode will aber gelernt werden, und ich arbeitete längere Zeit vergeblich um die Bacterien zu färben. Herr Prof. Neisser, der bei einem Besuche in Bergen gerade Zeuge bei meinen ersten vergeblichen Bemühungen war, scheint in dieser Beziehung glücklicher als ich gewesen zu sein; ich glaube aber doch, dass wir ungefähr zur selben Zeit zum Ziele gelangt sind, denn als seine erste Publication mir in die Hände kam, hatte ich schon schön gefärbte Präparate, für welche ich dem Herrn Dr. Koch zu Dank verpflichtet bin, da er mir auf meine Bitte wohlwollend seine werthvollen Rathschläge gegeben hatte. Dies ist nun übrigens Nebensache. Die Hauptsache ist, dass es einen Bacillus leprae gibt. Die nächste Frage ist, ob dann die Lepra wirklich eine Bacillenkrankheit ist, oder ob die Bacillen was secundäres sind. Zuerst müssten die Bacillen in allen Leprafällen nachzuweisen sein. Dies ist eben vorläufig nicht der Fall. In der knotigen Lepra sind die Bacillen in allen Productionen leicht nachweisbar, und wie Neisser nachgewiesen hat, in Fällen aus allen Weltgegenden. Ich besitze auch selbst ein Präparat von Leprabacillen aus Bombay, das mir Dr. Cartu geschickt hat, und ein Präparat von einem Lepraknoten aus Granada, in welchem die Bacillen den norwegischen Leprabacillen vollständig gleich sind. In der fleckigen Form sind aber noch keine Bacillen gefunden worden; ich habe zwar bisher Präparate aus zwei Fällen genauer untersuchen können; mit den gewöhnlichen Methoden ist es mir aber nicht gelungen Bacillen nachzuweisen. Ich zweifle doch nicht daran, dass sie auch in der fleckigen Form zu finden sein werden; denn die Zeugnisse, dass die beiden Formen dieselbe Krankheit und nicht zwei verschiedene Krankheiten sind, sind so zahlreich, dass kaum ein berechtigter Zweifel in dieser Beziehung festgehalten werden kann. Ich erinnere nur daran, dass ein Pat. mit der fleckigen Form durch eine spätere Eruption knotig werden kann; sind nun die Eruptionen Resultate einer Selbstinfection, so muss der Pat. schon die Bacillen in seinen früheren leprösen Productionen gehabt haben, denn sonst würde er kaum Knoten bekommen haben; und ich habe wie schon gemeldet, einen Fall von fleckiger Lepra gesehen, in welchem die Inguinaldrüsen unzweifelhaft leprös waren, in der-

selben Weise, wie in der knotigen Form, das heisst, sie enthielten die charakteristischen gelbbraunen Zellen oder Klumpen, die nichts anderes sind, als Ansammlungen von Bacillen und deren Sporen. Ich meine also, dass wir mit ziemlicher Sicherheit davon ausgehen können, dass die Bacillen in allen Fällen von Lepra vorkommen. Es ist doch dabei zu bemerken, dass es eine Form von Flecken gibt, die nach den Erfahrungen des Dr. Danielssen und nach meinen eigenen hauptsächlich der knotigen Form angehört; sie liegen tiefer, wie mehr subcutan als die gewöhnlichen Flecken, sie kommen aber auch neben diesen letzteren vor. Es ist also möglich, dass die fleckigen Pat., die später knotige Eruptionen bekommen, früher solche Flecken gehabt haben, also wirklich knotig gewesen sind. Dies ist aber nur eine Möglichkeit, aber gar nicht wahrscheinlich, jedenfalls in einigen Fällen. Und in dem Falle, wo ich die Inguinaldrüsen leprös fand, bin ich ganz sicher, dass Pat. nicht derartige Flecken gehabt hatte.

Demnächst mussten die Bacillen ausserhalb des menschlichen Körpers cultivirt werden. Dies ist sowohl dem Herrn Neisser wie mir gelungen und wir sind beide in der Hauptsache zu demselben Resultate gekommen, nämlich, dass die Bacillen Sporen bilden, indem sie an den Enden und auch in ihrem Verlaufe knotig verdickt werden. Diese knotigen Verdickungen werden frei und sind die Sporen. Ich habe die Bacillen bei Körpertemperatur auf festem menschlichen Blutserum nach der Methode Koch's für die Cultur der Tuberkelbacillen gezüchtet und dabei gefunden, dass die Bacillen bisweilen zu langen Fäden auswachsen, die auch Sporen bilden. Ich werde mich nun nicht weiter mit den Schwierigkeiten der Cultur und den verschiedenen Farbenreactionen der Bacillen und Sporen aufhalten, sondern gehe zu dem dritten Gliede der Beweisführung über, die Uebertragung der Krankheit auf Thiere mittelst Inoculirung der gezüchteten Bacillen oder Implantiren von Stücken frischer Knoten unter die Haut der Thiere. Schon als ich zuerst die Bacillen fand, versuchte ich Kaninchen und Katzen in der letzten Weise leprös zu machen; es gelang mir aber nicht. Herr Prof. Neisser meint eine jedenfalls locale Lepra bei Hunden hervorgerufen zu haben durch Implantiren von Knotenstücken unter die Haut, indem sich eine Neubildung entwickelte, in welcher Bacillen zu finden waren. Herr Prof. Köbner

hat aber schon nachgewiesen, dass die Ergebnisse Neisser's nicht beweisend sind und Herr Köbner selbst hat vergeblich versucht die Lepra auf verschiedene Thiere, Affen und Fische, zu überführen. Ich habe dann auch selbst versucht zwei Java-Affen die Lepra beizubringen, indem ich bei dem einen ein Knotenstück unter die Haut im Genick brachte, bei den anderen Injectionen von Culturflüssigkeit, in der viele Bacillen waren, in die linke Cornea und in das linke Ohrläppchen machte. Das letzte Thier bekam eine heftige Conjunctivitis und eine Verdunkelung der unteren Hälfte der Cornea; sonst zeigten die zwei Thiere keine Symptome irgend eines kranken Zustandes ein ganzes Jahr hindurch; dann begannen sie beide abzumagern und starben in einigen Monaten an Tuberculose. Von dem implantirten Knotenstück war keine Spur mehr zu finden und in der verdunkelten Cornea waren keine Bacillen zu finden. Die öfteren Uebertragungsversuche von Damsch in Göttingen haben insoferne ähnliche Resultate gehabt wie die von Neisser, dass eine bacillenhaltige Neubildung um das implantirte Knotenstück entstand. Es ist nur Schade, dass die Thiere nicht so lange lebend gehalten wurden, dass man sehen konnte, ob sie auch wirklich leprös geworden waren.

Wenn alle diese Versuche überhaupt etwas beweisen, dann ist es jedenfalls nicht mehr als dass wir bisher kein Thier kennen, das leprös werden kann; sie beweisen aber nicht, dass die Uebertragung auf Menschen nicht gelingen würde; mit Menschen können wir aber leider nicht experimentiren, jedenfalls nicht hier in Europa.

III.

Wir haben bis jetzt also nur Vermuthungen, von der Ansteckungsfähigkeit der Lepra, aber keine Gewissheit. Um einer solchen näher zu kommen, müssen wir die Ausbreitungsart der Krankheit untersuchen und werde ich mich in Bezug hierauf fast ausschliesslich mit den Verhältnissen in Norwegen beschäftigen.

Erst will ich doch einige Bemerkungen über die behauptete Erblichkeit der Krankheit und über die Erblichkeit von Krankheiten überhaupt machen. Die Erblichkeit der Lepra meint man dadurch bewiesen zu haben, dass die meisten Fälle von Lepra bei

Leuten vorkommen, die näher oder ferner mit anderen Leprösen verwandt sind. Es gibt aber nicht wenige Fälle, in Norwegen ungefähr $^1/_5$, in welchen keine Verwandtschaft mit anderen Leprösen entdeckt werden kann. Für diese Fälle hat man zwei Erklärungen aufgestellt, indem die Herren Danielssen und Boeck sie als spontan bezeichnen, indem sie meinen, dass sie durch die ungünstigen Lebensverhältnisse entstanden sind, während Herr Bidenkap meint, dass auch diese auf Erblichkeit beruhen, in der Weise, dass sich im Laufe der Generation eine Anomalie entwickelt, die zuletzt in der Form von Lepra ans Tageslicht tritt. Diese letzte Ansicht scheint mir die consequenteste zu sein, denn nimmt man an, dass ein anderes Moment als die Erblichkeit die Krankheit hervorrufen kann, dann kann man auch nicht wissen, ob nicht dasselbe Moment sich auch in den präsumirt erblichen Fällen geltend gemacht hat. Um aber die Erblichkeit der Krankheit zu beweisen, genügt es nicht, Familientabellen aufzustellen, in welchen mehrere Glieder leprös sind. Dasselbe konnten wir mit grösster Leichtigkeit thun, wenn es sich um Scarlatina, Masern u. s. w. handelt. Ich werde Ihnen ein Beispiel geben, das ganz schlagend ist. Auf einer Insel in Norwegen kam ein Fall von Scarlatina auf einem Bauernhofe vor, der nächste Fall kam auf einem ziemlich weit entlegenen Hofe vor, und der dritte Fall auf einem noch weiter entlegenen Hofe. Zwischen diesen Höfen lagen noch andere, die von der Krankheit befreit blieben. Es zeigte sich nun, dass auf den zwei letzten Höfen zwei verheirathete Töchter vom ersten Hofe wohnten. Die Scarlatina trat also hier als eine Familienkrankheit auf, und doch ist die Scarlatina eine ausschliesslich ansteckende Krankheit. Wenn nun dies Fälle von Lepra gewesen und zwischen den einzelnen Fällen 10 oder 15 Jahre verstrichen wären, dann hätte man mit anscheinendem Rechte sagen können: Hier sieht man es doch deutlich genug, dass die Lepra eine Familienkrankheit ist, dass sie erblich ist; aber, frage ich, könnte man nicht mit gleichem Rechte sagen: Die Lepra ist eine Familienkrankheit, weil sie ansteckend ist und weil die Familienglieder sich am leichtesten anstecken. Bevor die behaupteten erblichen Fälle in dieser Weise kritisirt und durch eine mögliche Ansteckung beleuchtet worden sind, früher können sie nicht als Argumente für die Erblichkeit gelten. Ich meine auch, dass die zwei Phänomene:

Erblichkeit und Ansteckung einander gegenseitig ausschliessen. Was geerbt wird, sind physiologische Eigenschaften wie Misbildungen z. B. und nicht Krankheiten, besonders nicht die specifischen Krankheiten, die durch bestimmte Gifte hervorgerufen werden. Wir kennen auch keine specifische, ansteckende Krankheit, die erblich ist. Mit den acuten ansteckenden Krankheiten brauche ich mich nicht aufzuhalten, denn Jedermann wird zugeben, dass sie nicht erblich sind, trotzdem es eine leichte Sache sein würde, Geschlechtstafeln auszuarbeiten, in welchen jede Generation an derselben Krankheit, Masern z. B., gelitten hatte. Wenn eine pockenkranke Mutter ein pockenkrankes Kind zur Welt bringt, dann sagt doch Niemand, dass das Kind die Pocken geerbt hat, sondern dass die Mutter das Kind im Uterus angesteckt hat. Anders mit der chronischen Krankheit, der Syphilis; hier spricht man von angeboren und geerbt als gleichbedeutend, und doch ist dies kaum berechtigt. Warum soll man es anders anschauen, wenn eine syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebärt, als wenn die pockenkranke Mutter ein pockenkrankes Kind gebärt? Es bleibt doch in beiden Fällen dasselbe Phänomen, nämlich dass die Mutter auf ihr Kind ein bestimmtes Gift überträgt, und wird dies in den einen Fall correct als Ansteckung bezeichnet, so muss es incorrect sein, es im anderen Falle als Vererbung zu bezeichnen. Worin der Unterschied zwischen Vererbung und Ansteckung in utero besteht, können wir leider nicht sagen, denn wir kennen das Wesen der Vererbung trotz verschiedener Theorien gar nicht. Es ist mit der Vererbung wie mit der Schwerkraft, wir kennen die Phänomene aber nicht das Wesen. Wenn etwas zu Boden fällt, dann sagen wir: das macht die Schwerkraft, sind aber vollständig so klug wie früher; was die Schwerkraft eigentlich ist, wissen wir ja gar nicht. Wenn ein Kind die Nasenform oder die Haarfarbe seines Vaters hat, dann sagen wir auch: das macht die Vererbung; warum? das wissen wir gar nicht. Wir müssen in Folge dessen nur mit dem Phänomene arbeiten, wenn wir entscheiden wollen, ob etwas Vererbung ist oder nicht, und vergleichen wir nun die gekannten Phänomene der Vererbung bei Pflanzen, Thieren und Menschen mit den Phänomenen der Uebertragung der Syphilis auf die Nachkommen, werden wir sogleich sehen, dass diese Phänomene so äusserst verschieden sind, dass kein Zweifel mehr obwalten

kann, dass die zwei Processe höchst verschieden sein müssen. Ich werde die Zusammenstellung kurz ausführen:

1. Die vererbliche Eigenthümlichkeit ist auf ein Geschlecht beschränkt, so dass der Mann seine Eigenthümlichkeiten nur auf seine männlichen Nachkommen vererbt und die Frau die ihrigen nur auf die weiblichen.

So etwas kommt bei der Uebertragung der Syphilis auf die Nachkommen nicht vor.

2. Sehr oft, möglicherweise immer ist das Hervortreten oder sich Geltendmachen der vererblichen Eigenthümlichkeit zu einem bestimmten Alter begrenzt.

Das ist auch bei Syphilis unbekannt.

3. Sehr oft kommt Atavismus oder Ueberspringen einer oder mehrerer Generationen bei der Vererbung vor.

Unbekannt bei Syphilis.

Es wäre noch mehr hierüber zu sagen, ich muss mich aber bescheiden, und ich hoffe, dass Sie mir zu Gute halten wollen, dass ich mich so lange hierbei aufgehalten habe. Es war mir aber darum zu thun, darzulegen, dass man genöthigt ist Vererbung und Ansteckung scharf auseinander zu halten. Die Uebertragung eines Parasiten oder Giftes auf den Foetus ist nicht Vererbung. Ob ein Individuum als Ei, Foetus, Kind oder erst im erwachsenen Zustande angesteckt wird, bleibt sich insofern gleich, als Ansteckung immer Ansteckung bleiben muss. Ich glaube man könne die Krankheiten nach ihrem Verhalten in Bezug auf die Nachkommen folgendermassen eintheilen:

1. Krankheiten, die eigentlich nur Bildungsanomalien sind, wenn man diese Zustände überhaupt als Krankheiten ansehen kann, und die immer erblich sind, gerade weil sie nur Missbildungen sind; besonders kann man hieher die Geisteskrankheiten und Epilepsien rechnen, und es scheint mir eine grosse Aufgabe der Irrenärzte zu sein, näher die Frage zu studiren, ob nicht alle Verbrecher eigentlich als geisteskranke Individuen, als Missbildungen anzusehen und demnach zu behandeln wären.

2. Krankheiten, die durch unspecifische Ursachen hervorgerufen werden, wie Vulnerationen, manche Pleuritiden und Peri-

tonäitiden u. s. w., die weder auf Erwachsene noch auf die Nachkommen übertragbar sind.

3. Krankheiten, die durch specifische Ursachen, meistens Parasiten, hervorgerufen wurden. Von diesen gibt es zwei Arten:

a) Solche, die nicht übertragbar oder ansteckend sind und in Folge dessen auch nicht auf die Nachkommen übertragbar sind, wie Ergotismus und Pellagra.

b) Solche, die ansteckend sind, von einigen wissen wir, dass sie auch die Nachkommen anstecken können; von anderen wissen wir dies nicht; aber jedenfalls sind sie nicht erblich.

Sieht man sich von diesem Standpunkt aus die Erblichkeit der Tuberculose und der Lepra an, so genügt es nicht länger, dass man Geschlechtstafeln aufstellt, um aus ihnen auf die Erblichkeit zu schliessen. Nach meiner Auffassung können die zwei Krankheiten nicht erblich sein, wenn ihre Contagiosität nachgewiesen werden kann. Dies ist nur für die Tuberculose in eclatanter Weise geschehen und es wird Sache der künftigen Forschung sein auszufinden, wie und wo die Ansteckung geschieht und wie möglicherweise vererbte oder angeworbene Eigenthümlichkeiten des Baues für die Ansteckung disponiren. Für die Lepra sind wir leider nicht so weit gekommen, wir haben nur die sogenannte zur Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit dafür, dass sie durch den Bacillus leprae hervorgerufen wird. Es wäre also die Möglichkeit noch vorhanden, dass die Krankheit in einer Bildungsanomalie ihren Grund hätte.

Gegen eine solche Annahme spricht zuerst der Umstand, dass die von der Krankheit angegriffenen Organe, Haut, Auge, Nerven, Leber, Milz und Testikel kaum in Correlation stehen in Bezug auf ihre vererbbaren Eigenschaften. Demnächst wäre anzunehmen, dass eine Bildungsanomalie, die zu einer so schweren Krankheit wie Lepra führt, sich auch sonst in irgend einer Weise kundgeben würde, und dass die übrige Bevölkerung im Ganzen degenerirt sein würde, jedenfalls in den Districten wo die Lepra am meisten ausgebreitet ist, und besonders wäre zu erwarten, dass die Kinder lepröser Eltern besonders starke Degenerationszeichen darbieten würden. Nichts von alledem ist der Fall. Die Bauernbevölkerung Norwegens ist eine sehr kräftige, die, welche

leprös wurden, bieten gar keine Eigenthümlichkeiten dar, sind eben so kräftig und von Gesundheit strotzend wie die übrigen, bevor sie leprös werden, und was schliesslich die Kinder lepröser Eltern angeht, so habe ich so viel gesehen, dass ich getrost aussagen darf, dass sie in keiner Beziehung von Kindern gesunder Eltern abweichen. Unsere Bauern ernähren sich zwar unzweckmässig, indem sie an der Westküste fast ausschliesslich Fische sowie Fleisch nur gesalzen, geräuchert oder getrocknet essen, fast niemals im frischen Zustande. Die Folge hievon sind vielfache Beschwerden seitens des Ventrikels; chronische Gastritis ist eine so allgemeine Affection, dass kaum ein einziges erwachsenes Individuum unter den Bauern davon ganz frei ist; überall aber hat man hinlängliche Nahrung und trotz der Verdauungsbeschwerden üben die Bauern ihre schwere Arbeit mit Kraft aus und können bisweilen enorme Anstrengungen durch längere Zeiträume aushalten.

Es ist überhaupt kein Grund vorhanden anzunehmen, dass die Bauernbevölkerung der Westküste Norwegens, wo die Lepra zu Hause ist mit irgend einer körperlichen Degeneration behaftet sei.

Betrachten wir dagegen die Lebensverhältnisse in Bezug auf die Bedingungen für die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit, so werden wir diese sehr günstig finden. Erstens ist der Verbrauch von Waschwasser ein äusserst geringer. Die Reinlichkeit der Personen und des Hauswesens ist eine höchst mangelhafte. Daher die früher enorme Ausbreitung der Scabies; vor 15 Jahren kam nie ein Lepröser in unsere Anstalten, der nicht zugleich scabiös war. In dieser Beziehung ist jetzt eine grosse Besserung eingetreten, indem man kräftige Massregeln gegen die Krankheit getroffen hat. Zu der Unreinlichkeit als begünstigendes Moment für die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit kommt noch ein anderes, das man psychologisch nennen könnte und das mit der Erziehung zusammenhängt. Unsere Bauern sind sämmtlich Fatalisten; wenn sie krank werden, dann ist es so beschieden; es fällt ihnen gar nicht ein, dass sie selbst daran Schuld haben können, dass sie leprös wurden; und wenn dieses Schicksal jemanden betroffen hat, dann würde die Umgebung

es als eine Sünde ansehen, wenn sie irgend eine Einschränkung in der Intimität des Umganges mit ihm machte. Die Folge hievon ist, dass man mit den Leprösen ebenso intim umgeht wie mit gesunden Leuten, und das will bei unseren Bauern viel sagen. Man wohnt nicht nur in demselben Hause, sondern in derselben Stube, isst an demselben Tische, aus derselben Schüssel mit demselben Löffel, ja man schläft in demselben Bette wie der Leprösе. Dieses letzte ist gerade das schlimmste; es gibt überall an der Westküste Norwegens zu wenig Betten für die Bevölkerung und in Folge dessen schlafen fast immer zwei oder mehrere zusammen in einem Bette. An vielen Stellen, so in den Sennhütten in den Gebirgen und bei den grossen Fischereien ist man dazu gerade genöthigt, weil man nicht Betten genug haben kann. Sonst ist es aber nur eine üble eingewurzelte Gewohnheit.

Es wird Ihnen nun klar sein, dass unter solchen Umständen eine selbst nicht sehr ansteckende Krankheit leicht eine grössere Ausbreitung erlangen kann.

Ich werde Ihnen jetzt etwas von meinen Nachforschungen in den leprösen Landdistricten mittheilen; ich kann nur einige Beispiele mittheilen; es würde zu weit führen wollte ich alles aufzählen. Das worauf es mir hauptsächlich ankam nachzuweisen ist, dass die als erbliche aufgefassten Fälle eben so gut oder noch besser durch Ansteckung erklärt werden können. Ich nehme drei Beispiele. Erstens haben wir in Nordfiord an einer Stelle, wo der Fiord sich einengt, auf der einen Seite 3 Bauernhöfe, Thorheim genannt, die sämmtlich von derselben Familie bewohnt sind, auf der anderen Seite 6 Höfe, die von verschiedenen Familien bewohnt sind. Hier sind im Ganzen 14 Fälle von Lepra bekannt und von diesen hatten nur 3 keine leprösen Verwandten. Hier scheint also die Erblichkeit sehr ausgesprochen zu sein. Sieht man aber genauer zu, so stellt es sich heraus, dass auf die Thorheimhöfe 6 Fälle fallen und auf die 6 anderen Höfe 8 Fälle, die auf sämmtliche 6 Familien vertheilt sind und zwischen diesen sind auch die 3 Fälle, die keine leprösen Verwandten haben. Auf den Thorheimhöfen ist also die Krankheit ausschliesslich erblich; auf der anderen Seite des Fiords dagegen breitet sich die Krankheit mit nur 2 Fällen mehr auf 6 verschiedene Familien. Einige von

diesen Familien sind schon so zahlreich wie die Thorheims Familie, bieten also Materiale genug für die Erblichkeit um sich geltend zu machen. Auf der einen Seite des Fiords ist somit die Krankheit ausschliesslich erblich, auf der anderen nicht. Dies lässt sich offenbar viel besser durch Ansteckung erklären. Auf den Thorheimhöfen gibt es nur eine Familie, die von der Krankheit getroffen werden kann und hier entstehen in Folge dessen nur Familienfälle. Auf der anderen Seite des Fiords gibt es 6 verschiedene Familien, die sämmtlich getroffen wurden, und hier gibt es folglich 3 Fälle, die nicht Familienfälle sind.

An einigen Stellen habe ich grosse Familien gefunden, in denen mehrere Fälle von Lepra vorkamen, aber nur die Abtheilungen der Familien waren leprös geworden, die an Stellen übergesiedelt waren, wo die Lepra schon früher vorkam, während die Abtheilungen, die nicht mit Lepra in Berührung gekommen waren, verschont blieben.

In Vestnäs in Romsdal gibt es eine Menge Familien, die mit einander verwandt sind, indem sie sämmtlich von denselben Vorfahren abstammen. Ich schätze die Individuenzahl dieser Familien auf 600—700 und unter diesen sind 14 Fälle von Lepra. Dies ist nun sehr wenig, wenn man annehmen sollte, dass sämmtliche Familien mit einer speciellen Degeneration behaftet seien, die sich als Lepra äusserte. Dagegen ist es sehr erklärlich, dass 14 Mitglieder der Familien von einer ansteckenden Krankheit angegriffen werden, wenn sie der Ansteckung ausgesetzt gewesen sind, und das muss der Fall gewesen sein, da die Krankheit auch sonst im District vorkommt, und es würde geradezu merkwürdig gewesen sein, wenn diese Familie, die über den ganzen District zerstreut ist, nicht von einer ansteckenden Krankheit getroffen wäre.

Die eigenthümlichen Familienverhältnisse an vielen Stellen machen es auch verständlich, dass eine ansteckende Krankheit mehr Familienfälle hervorbringt als andere. Ich werde die Verhältnisse in Nástdal, früher der am stärksten lepröse District in Norwegen, kurz besprechen. Es ist dies ein Thal mit ungefähr 4000 Einwohnern. Die einzelnen Bauernhöfe sind ungefähr wie kleine Dörfer, indem auf einem Hofe immer mehrere Familien zusammen wohnen. Diese Familien heiraten fast niemals unter

einander, sondern man heiratet Leute aus einem anderen Hofe. In dieser Weise sind die Familien, die mit einander auf demselben Hofe zusammenwohnen, fast niemals näher verwandt, dagegen haben sie Verwandte auf anderen Höfen. Wenn nun also die Lepra in einen Hof kommt, dann wird sie dort nicht Familienfälle hervorrufen; kommt sie nun aber in einen anderen Hof hinein, wird sie die Familien treffen, die mit denen am vorigen Hofe verwandt sind. Im Laufe der Zeit sind natürlich die meisten Familien des Thales näher oder ferner mit einander verwandt geworden, und es kann daher nicht wundern, dass die meisten Fälle von Lepra auch Familienfälle sind.

Wo die Lepra so lange endemisch gewesen ist, wie in Norwegen, wird es in den einzelnen Fällen fast unmöglich sein, die Erblichkeit mit vollständiger Sicherheit auszuschliessen; gewöhnlich können wir nicht weiter zurückkommen in der Familiengeschichte als bis zum Urgrossvater; was vor ihm liegt ist meistens unbekannt, und da ist vielleicht Lepra gewesen. Andererseits ist es ebenso unmöglich Berührung mit anderen Leprösen auszuschliessen. Die Pat. selbst läugnen sie gewöhnlich mit grosser Bestimmtheit, denn trotz des Zusammenlebens mit Leprösen wird es doch als eine Schande betrachtet leprös zu sein. Es kommt unzweifelhaft auch sehr oft vor, dass man mit Leprösen verkehrt ohne es zu wissen. Die Diagnose der Lepra ist im Anfang oft schwer zu stellen und die Pat. selbst verheimlichen ihre Krankheit so lange wie nur möglich, und bisweilen können sie auch mehrere Jahre krank sein ohne es selbst zu wissen. Da nun die Leute fast immer, wenn sie einander Besuch machen, mit anderen in demselben Bette liegen, wird man begreifen, dass der Angesteckte sehr oft in dem Falle sein kann, gar nicht daran sich erinnern zu können, dass er vor vielleicht 10 oder noch mehreren Jahren mit einem Leprösen verkehrt hat. Wie die Krankheit eine chronische ist, so ist offenbar auch die Incubationszeit eine lange. Es gibt ganz sichere Daten dafür, dass Leute erst 10 Jahre nachdem sie inficirt worden sind ihre Krankheit erkannt haben, so z. B. der Holländer, von dem Danielssen und Boeck erzählten, der 10 Jahre, nachdem er von den Colonien zurückgekehrt war, leprös wurde. Ich zweifle nicht daran, dass der Mann schon früher leprös gewesen ist, dass er aber seine Krankheit nicht

erkannt hat; denn nach mehreren Beobachtungen glaube ich, dass die Incubationszeit kaum mehr als ein Jahr beträgt. Dieser Umstand macht die Darlegung eines Verkehres mit anderen Leprösen in den einzelnen Fällen ausserordentlich schwierig.

Aus der Geschichte der Lepra kann man auch gewichtige Zeugnisse für die Contagiosität der Krankheit haben. Ich mache nur einen Hinweis auf die Einführung der Krankheit in Surinam, wie sie von Drognat Candri nachgewiesen ist und verweise auch auf die Krankengeschichten, die er mittheilt, somit auf die Einführung und Ausbreitung der Krankheit auf den Hawaiiinseln. Was ich aber besonders hervorheben möchte, ist das Verschwinden der Krankheit in fast ganz Europa. Dieses Verschwinden wurde dadurch hervorgebracht, dass die Leprösen in einer zwar barbarischen Weise, aber gründlich isolirt wurden. Man könnte vielleicht meinen, dass es eigentlich die Fortschritte der Civilisation und nicht die Isolation gewesen ist, die der Krankheit ein Ende gemacht hat. Ich meine nun, dass die Isolation gerade den Fortschritt der Civilisation bezeichnet, sie ist dadurch bedingt gewesen, dass man Schreck und Abscheu vor den Kranken empfunden hat und dass man an einzelnen Stellen diesen Schreck nicht gehabt hat, ist für mich ein Zeugniss von einer niedrigen Stufe der Civilisation. Man findet auch jetzt die Krankheit nur unter den an Civilisation zurückgebliebenen Völkern, zu denen ich auch meine Landsleute rechne. Indessen haben wir auch in Norwegen in einer Reihe von Jahren ziemlich viel gemacht um die Krankheit zu bekämpfen, indem der Staat jährlich ca. 230.000 Mark verwendet um die Kranken in Asylen zu verpflegen. Wir verdanken dies den Herren Danielssen und Boeck, die durch ihre Arbeiten erst die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Krankheit und ihre Verheerungen hinleiteten. Es wurde zuerst ein Hospital errichtet, in welchem man Versuche der Heilung der Krankheit anstellen sollte, es ist dies das Lungärds Hospital bei Bergen, das noch unter der Leitung des Dr. Danielssen steht. Im Jahre 1856 wurde demnächst eine grosse Pflegeanstalt bei Bergen in Gebrauch genommen und in den Jahren 1860 und 1861 eine bei Malch und bei Trondhjem. Zum Eintreten in diese Anstalten wird nicht gezwungen ausser die Armen, die sich selbst nicht unterhalten können, meist geschieht das Eintreten freiwillig. Hiedurch

ist nun seit 1856 eine grössere Anzahl der Leprösen von Umgang mit gesunden Menschen isolirt worden. Es war die ursprüngliche Meinung, dass die Aufnahme in diese Anstalten die Fortpflanzung der Leprösen verhindern sollte um dadurch der Erblichkeit entgegenzuwirken. Wir wollen jetzt sehen, was die Isolation bewirkt hat. Auf dieser Tafel habe ich den Gang der Lepra in Norwegen von 1856 bis Ende 1882 aufgezeichnet. Diese oberste Linie gibt die Zahl der Leprösen im ganzen Lande an; diese zweite Linie die Zahl der Leprösen in den Anstalten und die dritte Linie die Zahl der neuen Fälle von Lepra in jedem Jahre. Wir fangen im Jahre 1856 mit 2871 Fällen an und enden im Jahre 1882 mit 1433 Fällen. Die letzte Zahl ist zu klein; wir werden nämlich erst in noch 5 oder 6 Jahren alle Fälle aus dem Jahre 1882 kennen, weil die Kranken, wie schon gesagt, ihre Krankheit so lange wie möglich verheimlichen. Ich schätze die Zahl der Kranken am Ende 1882 auf ungefähr 1600. Wie Sie sehen ist die Abnahme bedeutend; und es gilt den Grund dieser Abnahme zu finden. Bis zum Jahre 1868 ist die Abnahme nicht auffallend, in 12 Jahren ist die Zahl auf 2689 gefallen, d. i. mit 182 Fällen; von diesem Zeitpunkt aber fängt ein jäher Abfall einzutreten an. Um dies zu verstehen müssen wir die Linie, die die Aufnahme in die Asyle oder die Isolation darstellt betrachten. Wie Sie sehen steigt die Zahl allmälich bis zum Jahre 1866 und hält sich annähernd constant bis zum Jahre 1869. Erst mit der grösseren Isolation tritt eine Evacuation der Landdistricte oder der Heimathstätten der Lepra ein und zugleich eine Abnahme in der Zahl der neuen Fälle, die sich übrigens erst einige Jahre nach der Isolation geltend macht, was ich so erkläre, dass die meisten Fälle von Lepra schon ein oder mehrere Jahre vor dem Ausbruch der Krankheit angesteckt worden sind. Ich werde versuchen dies durch ein Beispiel zu erläutern.

Ich nehme an, dass die Zahl der Leprösen in einem District sich durch längere Zeit constant auf 100 gehalten hat dadurch, dass jährlich 10 neue Fälle und 10 Todesfälle vorgekommen sind; ich nehme ferner an, dass 10 von den 100 Leprösen 10 gesunde Menschen jährlich anstecken, und dass diese neuen Fälle erst nach 5 Jahren bekannt werden. So werden wir beispielsweise

für	100	Lepröse	im	Jahre	1851	10	neue	Fälle	im	Jahre	1856	haben
„	100	„	„	„	1852	10	„	„	„	„	1857	„
„	100	„	„	„	1853	10	„	„	„	„	1858	„
„	100	„	„	„	1854	10	„	„	„	„	1859	„
„	100	„	„	„	1855	10	„	„	„	„	1860	„
						50						

Im Jahre 1856 fangen wir zu isoliren an, so dass wir

für	90	Lepröse	im	Jahre	1856	9	neue	Fälle	im	Jahre	1861	bekommen
„	80	„	„	„	1857	8	„	„	„	„	1862	„
„	70	„	„	„	1858	7	„	„	„	„	1863	„
„	60	„	„	„	1859	6	„	„	„	„	1864	„
„	50	„	„	„	1860	5	„	„	„	„	1865	„
						35						

Durch die Isolation können wir also keine Abnahme der neuen Fälle in demselben Quinquennium bewirken, weil die neuen Fälle in diesem vom vorigen abstammen, erst im kommenden wird sich die günstige Folge der Isolirung zeigen. Dass dies nicht eine ganz willkürliche Annahme ist, wird dadurch bewiesen, dass die Zahl der neuen Fälle von Lepra in Norwegen in einem Quinquennium in einem ziemlich constanten Verhältniss zur Zahl der Leprösen im vorigen stehen. So war in den Districten Tromsö und Trondhjem die Zahl der Leprösen am Ende des Jahres

1856	722	und es kamen	348	neue Fälle im Jahre	1856—1860
1860	700	„ „ „	349	„ „ „ „	1861—1865
1865	559	„ „ „	290	„ „ „ „	1866—1870

und für Sandfiord im Jahre

1856	431	und es kamen	214	neue Fälle im Jahre	1856—1860
1860	307	„ „ „	158	„ „ „ „	1861—1865
1865	253	„ „ „	135	„ „ „ „	1866—1870
1870	128	„ „ „	82	„ „ „ „	1871—1875

und für das ganze Land im Jahre

1856	2628	und es kamen	1131	neue Fälle i. J.	1856—1860	
1860	2282	„ „ „	1039	„ „ „ „	1861—1865	8·7%
1865	1938	„ „ „	971	„ „ „ „	1866—1870	9·7%
1870	1769	„ „ „	677	„ „ „ „	1871—1875	7·2%

Es zeigen diese Zahlen ein ziemlich constantes Procentverhältniss der neuen Fälle in einem Quinquennium zur Zahl der

Leprösen im vorigen ungefähr 9% oder eher 8%, da man nicht die Zahl am Ende des Quinquennium als Durchschnittszahl der in jedem Jahre lebenden Leprösen aufstellen kann; diese letztere wird etwas höher sein. Es stimmen also die wirklichen Verhältnisse ziemlich gut mit dem gedachten Beispiel überein, wo ich von der Ansteckungsfähigkeit der Krankheit ausging, nur dass ich bei diesem 10% Ansteckungen der Bequemlichkeit wegen annahm. Die Abnahme der Zahl der Leprösen lässt sich also sehr gut durch die Isolirung unter Annahme der Contagiosität erklären, und noch schärfer tritt dies hervor, wenn man die einzelnen Districte vergleicht. Man hat nämlich nicht überall in gleichem Masse die Asyle benützt. Von dem am meisten leprösen District in Norwegen, Sandfiord, hat man die Asyle auch am meisten gesucht, und hier ist die Zahl der Leprösen von 431 im Jahre 1856 auf 132 im Jahre 1875 gesunken. Hier sind durchschnittlich 70% der Leprösen in den Asylen aufgehoben. Von einem anderen ebenfalls stark leprösen District, Nordmár, dagegen haben nur verhältnissmässig wenige Eintritte in die Asyle stattgefunden und lange nicht genug um den District einigermassen zu evacuiren, und hier ist die Lepra noch fast ebenso häufig wie im Jahre 1856. Ende 1875 90. Ende 1856 106. Hier sind seit 1865 ungefähr 20% isolirt worden.

Man könnte nun vielleicht behaupten wollen, dass die Abnahme dadurch bedingt war, dass durch die Isolirung und Verhinderung der Fortpflanzung die Erblichkeit eliminirt worden war. Bedenkt man aber, dass die behauptete Erblichkeit der Lepra atavistisch ist, dann kann eine Zeit von nicht vollen 30 Jahren unmöglich hinlänglich sein, um die Erblichkeit unwirksam zu machen. Es würde das wenigstens einige Generationen fordern.

Auch ist sonst in den Lebensverhältnissen unserer Bauern in diesen 30 Jahren keine so grosse Veränderung eingetreten, dass man daraus sich erklären könnte, warum sie nicht mehr so häufig leprös werden wie früher. Es sind überall zwar Fortschritte zu notiren, die Lebensweise ist aber doch durchgehend dieselbe wie früher, und besonders sind die Verbesserungen mit Rücksicht auf die Bereitung der Nahrung ausserordentlich klein.

Von welcher Seite wir also die Lepra anschauen, bekommen wir die Ueberzeugung, dass dieselbe eine specifische und contagiöse

Krankheit ist, und dass sie gar nicht erblich ist. Und wahrscheinlich ist sie auch nicht auf die Nachkommen übertragbar. Jedenfalls kennt man nicht eine angeborene Lepra. Es wäre zwar denkbar, dass ein lepröser Vater das Ei anstecken könnte, denn bei den knotigen Leprösen sind immer die Testikeln leprös afficirt und es finden sich dann immer Bacillen und Sporenanhäufungen in den Samenkanälchen, die also möglicherweise mit dem Sperma evacuirt werden konnten. Es wäre interessant zu wissen, ob in den Fällen, wo man meint, dass der Vater diesem Kinde Syphilis gebracht hat, dieser Vater an einer syphilitischen Orchitis gelitten hatte. Bei Frauen habe ich nie eine lepröse Affection der Ovarien oder des Uterus gefunden.

Zur Aetiologie der Psoriasis.

Von

Dr. A. Wolff

in Strassburg.

Ich möchte die Aufmerksamkeit auf einen Punkt der Aetiologie der Psoriasis lenken, da wir im allgemeinen doch noch ziemlich im Unklaren sind über die Momente, welche diese Affection verursachen.

Es genügt einen Blick in die Lehrbücher und Monographien zu werfen, um die Verschiedenartigkeit dieser klar zu legen. Schwangerschaft, Syphilis, Nahrung, Malaria, Gemüthsaffecte etc., alles Mögliche wird als Productor der Psoriasis vorgebracht. Wir finden keine bestimmte Angabe bis zur Arbeit von Lang, welcher die Psoriasis als eine parasitäre Krankheit betrachtet.

Ich habe lange Zeit nach den Parasiten gefahndet, ohne sie zu finden, hatte mich sogar gegen die Meinung von Lang ausgesprochen, setzte aber meine Untersuchungen fort, und kann heute erklären, dass ich die Pilze von der Zeit an, wo ich sie zum ersten Mal gefunden hatte, bis jetzt constant in allen Fällen wieder gesehen habe. Ich kann weiter noch hinzufügen, dass sie um so zahlreicher vorhanden sind, je mehr die Schübe der Krankheit einen acuteren Charakter zeigen, was jedenfalls meine Meinung dahin noch verstärkte, dass sie in der Erzeugung der Psoriasis eine hervorragende ätiologische Rolle spielten.

Ich will hier nicht in die Beschreibung der Pilze eingehen, da meine Befunde fast vollständig mit denjenigen von Lang übereinstimmen.

Sie können sich an den hier vorgelegten Mikrophotographien davon überzeugen, dass es sich um denselben Pilz handelt, welchen Lang in der Sammlung klinischer Vorträge abgebildet hat.

Es sind keine zufälligen Erscheinungen, auch kann man sie

nicht als myelinartige Producte betrachten, wie dies von einigen Autoren behauptet worden ist.

Der Pilz ist durch Mycelfäden und kolbige Sporen charakteristisch, welche sich nach und nach zu runden, ovalären oder birnförmigen Sporen abschnüren, die oft in colossaler Quantität vorkommen und zwar nicht in den obersten, sondern in den tieferen Epidermisschichten zu finden sind. Nicht also an den Stellen, wo sie am leichtesten von aussen her hingelangen können.

Lang hatte zuerst nur Vermuthungen ausgesprochen, die er besonders aus klinischen Merkmalen gezogen hatte. Es waren dies speciell: die kreisförmige Anordnung der Efflorescenzen, ihr gegenseitiges Vernichten, wenn sie aufeinanderstossen, die Nichttheilnahme der Schleimhäute, der Umstand, dass nur gesunde Individuen von der Krankheit befallen werden etc. Später erst gelang es ihm, die Pilze zu demonstriren.

Lang's Theorie hat bis jetzt nur wenig Anklang gefunden, wohl aber sind gegen diese mehrere Vorwürfe aufgebracht worden, die wir nicht unberücksichtigt lassen können.

Es ist dies vor allem die Vererbung. Abgesehen von dem Umstande, dass wir diese in so zahlreichen Fällen nicht nachweisen können, ist es uns möglich, die Frage aufzustellen, ob es nicht nur die Disposition zur Psoriasis ist, welche vererbt wird. Nicht Jedermann kann dem Psoriasispilz einen günstigen Entwicklungsboden bieten, wie dies auch bei anderen Mykosen (Pityriasis versicolor) der Fall ist; wie wir auch aus der circinären Ausbreitung der Psoriasis-Efflorescenzen den Schluss ziehen können, dass die centralen Partien derselben, ohne augenmerklich verändert zu sein, keinen günstigen Nährboden mehr bieten.

Zweitens ist die noch nicht gelungene Heilbarkeit erwähnt worden; auf diese werde ich später zurückkommen.

Die noch nicht gelungene Uebertragung spricht nicht dagegen, sie kommt bei anderen parasitären Hautkrankheiten auch vor. Uebrigens dürfte ein gelungener Uebertragungsversuch nur vorsichtig aufgenommen werden, da er leicht durch das vierte Argument, die Experimente von Köbner umgestürzt werden könnte. Wie Sie wissen, hat Köbner, gezeigt, dass Hautreize (Tättowiren, Ritzen mit einer Nadel) im Stande sind, bei einem Psoriatiker Efflorescenzen zum Vorschein zu bringen. Man hat daraus

den Schluss gezogen, dass, wenn es Parasiten sind, die die Krankheit verursachen, diese nicht den durch die Nadel gezeichneten Contouren folgen würden. Für mich ist aber die Entstehung dieser Efflorescenzen ganz anders zu deuten.

Betrachten wir die Zeichnungen, welche die Köbner'schen Experimente wiedergeben, so sehen wir, dass nicht die ganzen Linien, sondern nur hie und da auf deren Verlauf eine mit Schuppen bedeckte Stelle sich bildet[1]), als ob zufällig präformirte Herde durch die Nadel getroffen worden wären.

Ich glaube die Vermuthung aussprechen zu können, ohne aber leider bis jetzt absolute Beweise zu liefern, dass es bei dem Psoriatiker Stellen gibt, wo der Pilz in der Haut nistet, ohne durch objective Erscheinungen seine Existenz an diesen Stellen zu zeigen. Entstehen Hautreize an diesen Theilen, so ist durch die hervorgebrachte Hyperämie die Weiterentwicklung der Pilze angeregt, durch die weitere Entwicklung des Pilzes kommt es zur Bildung von Psoriasis-Efflorescenzen. Deswegen auch erscheinen diese bei gewöhnlichem Verlauf der Krankheit an den Körpertheilen, die am heftigsten den äusserlichen Schädlichkeiten ausgesetzt sind.

Dieses Factum wird auch durch folgende Beobachtungen unterstützt. Legt man auf grösseren Flächen Hautreize an, z. B. durch Blasenpflaster, oder bringt man eine künstliche Dermatitis durch Einreibungen mit Chrysarobinsalbe zum Vorschein, so sieht man nicht Punkte, wie beim Ritzexperiment, sondern auf einmal grössere abgegrenzte Flächen psoriatisch werden. Weiter beobachtet man auch bei der Chrysarobin-Behandlung, wenn man nicht nur die schon sichtbar erkrankten Stellen einreibt, sondern die ganze Körperoberfläche, dass an einigen Körperregionen, an welchen keine Erscheinungen von Psoriasis vor der Behandlung vorhanden waren, die gleichen Färbungsveränderungen eintreten, wie an den krankhaft veränderten Stellen. Diese Regionen nehmen die purpurbraune Färbung, welche die gesunde Haut erleidet, nicht an, sondern bleiben weiss, wie die erkrankten[2]). Man kann daraus

[1]) Für Lang bietet das Ritzen der Haut dem Pilz nur Gelegenheit zum Eindringen an den lädirten Stellen.

[2]) Durch Behandlung der ganzen Körperoberfläche kann das Argument der nicht gelingenden Heilbarkeit theilweise beseitigt werden, indem man in den latenten Stellen die Pilze auch vernichtet und auf diese Weise den Recidiven vorbeugt.

den Schluss ziehen, dass an solchen Regionen in den tieferen Epidermidalschichten, ohne Veränderung der oberflächlichen, schon Pilze lagern, die höchst wahrscheinlich nicht von aussen her bis in diese Theile gekommen sind. Eine weitere klinische Beobachtung kann diese Meinung noch unterstützen, dass die Pilze nicht von aussen her eindringen, nämlich die Entwicklungsweise der Psoriasis-Efflorescenzen auf dem Nagelbett. Hier sieht man in der Mitte des Nagels, durch die noch intacte und gesunde Hornsubstanz runde, kleine Punkte erscheinen, die sich nach und nach entwickeln und später erst eine Störung in der Ernährung des Nagels und die Veränderungen dieses hervorbringen. Würden die Pilze hier von aussen unter den Nagel eingedrungen sein, wäre jedenfalls die Form der Efflorescenzen eine andere an diesen Stellen.

Wenn die Krankheit mykotischer Natur ist, wie ich es fest glaube, und wenn die Pilze nicht von aussen stammen, liegt die Vermuthung nahe, dass sie durch ingerirte Substanzen und dann durch die Circulation an den präformirten erwähnten Stellen abgelagert werden, aus welchen sie bei Reizungszuständen der Haut herauswuchern. Warum könnten wir nicht der Psoriasis eine ähnliche Entstehungsweise zuschreiben, wie sie von gewissen Autoren der Pellagra oder der Acrodynie zugeschrieben werden.

Ich befinde mich wohl hier auf einem schwankenden und hypothetischen Boden. Was mich aber dazu aufmuntern kann, diese Hypothese Ihnen vorzustellen, ist ausser den erwähnten klinischen und therapeutischen Thatsachen auch noch der Umstand, dass die Grösse der Pilze eine variable ist und zwar, dass man fast eine grössere und eine kleinere Form der Pilze annehmen kann. Die Pilze sind um so kleiner, je tiefer sie in den Epidermisschichten sich befinden. Ob es die kleinere Form ist, welche man an den latenten Stellen (gestatten Sie mir diesen Ausdruck) antrifft, kann ich nicht sagen.

Ich würde mich aber freuen, durch meine wohl sehr unvollständige Mittheilung eine Anregung zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiete gegeben zu haben, welche die Rolle des Epidermidophyton bei der Psoriasis feststellen würden und etwas mehr Licht über dieses interessante Capitel der Dermatologie schaffen würden.

———

Ueber Prurigo.

Vortrag, gehalten in der Versammlung ostpreussischer Aerzte zu Königsberg i/P. am 30. Juni 1884

von

Prof. J. Caspary.

(Hiezu Tafel IV.)

Wenn die Zahl der Prurigofälle keine sonderlich grosse ist und manchem beschäftigten Arzte jahrelang kein Fall, oder doch kein frischer, zu Gesicht kommen mag, so weiss doch Jeder, wie folgenschwer die Krankheit, wie wichtig ihre frühzeitige Erkennung und Behandlung ist. Bis in die neueste Zeit ist bei den Franzosen die Einzelstellung der Prurigo und ihre Differenzirung von allen anderen mit Jucken verbundenen Hautkrankheiten wenig anerkannt, und noch vor zwei Jahren habe ich mich bei dem Besuche französischer Hospitäler davon überzeugt, wie wenig die Kenntniss dieser so leicht erkennbaren, in Frankreich freilich anscheinend selteneren Krankheit durchgedrungen ist. In England und Amerika ist das jetzt wohl allseitig geschehen, aber, wie es scheint, auch erst spät, durch Hilfe von Zuhörern Hebra's oder seiner Schüler, trotzdem die erste gute Beschreibung der Prurigo von dem Engländer Willan gegeben wurde. Aber Willan hatte noch neben seiner Prurigo mitis und formicans, die unserer derzeitigen Prurigo Hebra's entsprechen, eine Prurigo senilis und localis gestellt. Dann kam Hebra und stellte ein so rundes, klares, nahezu allseitig erforschtes Krankheitsbild auf, dass jeder Zweifel an der Sonderstellung hätte aufhören müssen und bei jedem seiner Zuhörer oder nicht voreingenommenem Leser ohne Ausnahme aufhörte. Sie wissen Alle, dass Hebra den Pruritus davon absonderte: das reine, auf nervösen Alterationen beruhende

Hautjucken, das ohne alle Efflorescenzen auftritt, bei dem alle Hautblüthen erst Folgen des Kratzens sind, alle secundär; und hiebei unterschied er den Pruritus universalis, pudendorum, palmarum und plantarum, den Pruritus senilis, hiemalis, den symptomatischen ex Ictero, ex Glycosuria u. s. w. Dem gegenüber steht ganz isolirt von allen Genossen, immer dieselbe, nur bald schwächer mitis, bald stärker agria oder ferox, die Prurigo, die Juckblätterchen, die Disposition immer angeboren, im ersten Lebensjahre bis darüber etwas hinaus öftere Urticariaschübe; vom zweiten bis siebenten Lebensjahre beginnend als erstes Zeichen hanfkorngrosse, subepidermidale, der Haut etwa gleichgefärbte Knötchen, die jucken und sicher zum Kratzen mit allen seinen Folgen führen. Diese Knötchen, die die Streckseiten der Extremitäten bevorzugen, in steigender Scala von den Oberarmen zu den Unterschenkeln auftreten, die immer die Gelenkbeugen, die Plantae und Palmae, die Genitalien und das Capillitium frei lassen, seltenst im Gesicht, selten am Rumpfe reichlich erscheinen, diese Knötchen treten in Eruptionen auf; das mit ihnen verbundene Jucken führt zu Verdickungen und Pigmentirungen der Haut in ganz bestimmter Localisation, zu indolenten Bubonen, besonders der Schenkeldrüsen; meist auch zu Ekzemen. Das anhaltende Jucken und Kratzen nimmt die Nachtruhe in allen Perioden der Verschlimmerung, bringt die Patienten herunter, macht ihre Schlafkameradschaft unerträglich. Jedes Allgemeinleiden ist mit der Prurigo verträglich, sie selbst aber eine Hautkrankheit im engsten Sinne; auf keiner Dyskrasie, auf keiner Organkrankheit beruhend. Die einzelnen Schübe sind zu lindern, der Zustand im Ganzen unheilbar.

Die Schilderung Hebra's von der Prurigo ist so meisterhaft, so erschöpfend, so rein aus sorgsamster Beobachtung eines genialen Arztes hervorgegangen, und ihre Differenzirung von den verwaschenen Krankheitsbildern der Vorgänger so frappirend, dass man sie immer wieder mit Bewunderung lesen wird. Zum Glück hat sich der praktisch wichtigste Theil der Definition als irrig erwiesen. Die etwas unvorsichtige Decretirung der Unheilbarkeit, als in dem Wesen der Dermatose liegend, hat sich als Irrthum herausgestellt und man vermisst bei der Lectüre der trostlosen Prognose ungern die Zufügung des: bis heute.

Aber auch alle anderen Theile der Hebra'schen Lehre werden angegriffen, und ich irre wohl nicht in der Annahme, dass wie so viele andere Fragen auch diese durch die bahnbrechenden Arbeiten von Auspitz (System der Hautkrankheiten) in Fluss gebracht worden ist. Als Cardinalpunkt war von Hebra die primäre Bildung von Knötchen hingestellt worden, an die das Jucken geknüpft sei — im Gegensatze zu jeder Art von Pruritus; letzterer trete ohne alle Efflorescenzen auf; die dabei beobachteten Knötchen seien immer erst die Folge des Kratzens. Nun ist es Hebra's eigener Sohn, der sich von der Theorie der Juckblätterchen losgesagt hat. H. v. Hebra (die krankhaften Veränderungen der Haut, Braunschweig 1884) behauptet, die Prurigoknötchen seien erst Folge des Kratzens, keineswegs im Anfange des Juckens vorhanden; die Prurigo sei überhaupt nur eine Sensibilitätsneurose, ein Pruritus mit eigenthümlicher Localisation. Ich kann diese Ansicht des geschätzten Autors nicht theilen und halte die Berufung auf gleichlautende Ansichten Auspitz's für nicht berechtigt. Die Prurigoknötchen gehören, wie ich glaube, so sicher zu den nothwendigen Zeichen der Krankheit, wie die Lupusknötchen bei Lupus, wie die Krätze-Milben zur Scabies. Aber freilich kann man, auch ohne solche Knötchen zu finden, die Prurigo aus der typischen Localisation und den ebenso typischen Veränderungen der Haut diagnosticiren; gerade wie man das meist bei Lupus, fast immer bei Scabies kann, ohne deren Primärefflorescenzen, resp. den Sarcoptes hominis.

In sehr interessanter Weise hat Auspitz an genannter Stelle seine von Hebra dissentirenden Ansichten begründet. Er hat gefunden, dass hie und da in Exacerbationen die Knötchenschübe fehlten, während das Jucken nie fehlte und darum hält er die Sensibilitätsneurose für das wichtigste. Aber für die Knötchen, die immer im Anfange da sind, bringt er die kühne Hypothese einer Motilitätsneurose, die zugleich mit der Sensibilitätsneurose vorhanden sei. Es handle sich um einen chronischen Krampf der Arrectores pilorum, durch die der Haarbalg des Lanugohärchens emporgewölbt sei. Dafür spreche die Localisation, die nur Stellen mit Lanugohärchen betreffe, die Gelenkbeugen, palmae, plantae frei lasse. Dafür spreche die von allen Zeichen der Entzündung, der Granulombildung, parasitärer Einflüsse freie Natur der anatomisch

und das Scharlachgift nur die Anregung zu ihrer Ausbildung gegeben habe. Immerhin sei dadurch bewiesen, dass die Prurigo vom Blute aus entstehen könne, und könne ihre Entwicklung aus inneren Ursachen fortan nicht mehr bezweifelt werden. Es würde nichts Befremdliches haben, einmal auch Prurigo nach Speisen oder Arzneimitteln sich entwickeln zu sehen. — Diese Beobachtungen Behrend's sind gewiss beachtenswerth, aber die Kinder waren 5 und 4 Jahre alt und Hebra hat die Entwicklung der Prurigo in das Alter von 2 bis 7 Jahren verlegt. Ob wirklich die Haut der Kinder früher ganz normal gewesen, keine Urticariaschübe dagewesen, ist nur aus den Angaben der Mütter bekannt. Jedenfalls ist nur eine vorhandene Disposition geweckt worden, von einer Entstehung aus inneren Ursachen kann nicht gut die Rede sein.

Somit scheint mir die classische Schilderung Hebra's noch heute fast durchweg giltig; es würden zu untersuchen bleiben (an grösserem Material) die Knötchen, ferner die peripherischen und wohl auch die centralen Nerven. Was von Hebra's Angaben irrig ist, habe ich vorweg angegeben: die Prognose. Wir wissen heute, dass in den ersten Lebensjahren die Krankheit vollkommen heilbar ist, ja dass auch vereinzelte veraltete Fälle geheilt sind. Nur bedarf es dauernder, vielmonatlicher Behandlung, die im Ganzen die Hebra's ist und immer in Localmitteln besteht. Mildere Fälle habe ich auch mehrfach m. w. spontan ablaufen sehen, aber ich kann doch nur rathen, jedesmal energisch an die Behandlung zu gehen, da das Loos der lebenslang Pruriginösen gar zu traurig ist.

so fand ich jedesmal dasselbe mich überraschende Resultat, wie es die — nicht schematische — Abbildung darstellt. Nur im Rete Malpighi fand sich die Erklärung für das Knötchen, das durch die Zellvermehrung besonders in dem Stratum spinosum (Unna) ein reines Akanthom im Sinne Auspitz's, eine reine Hyperakanthose darstellte, während die Hornschicht normal erschien, und Papillen, Blutgefässe, Drüsen, Muskeln (auf die ich besonders achtete), kurz die ganze Cutis durchweg unverändert aussah. Abweichungen der Nervenendigungen war ich nicht im Stande nachzuweisen.

Ich will hier gleich noch eine Ansicht anführen, die in nächster Zeit von Riehl, Assistenten der Kaposi'schen Klinik publicirt werden wird und die ich aus den Correcturbogen der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis kenne. Danach läuft die ganze Prurigo, deren Specificität wohl anerkannt wird, auf eine chronische Urticaria hinaus, da die Knötchen klinisch ähnlich und anatomisch sich vollkommen gleich den Urticariaquaddeln verhielten, d. h. erweiterte Gefässe in den Papillen, reichliche Zellauswanderung aus den Gefässen zeigten. Ich habe — bei allerdings geringer Zahl ex vivo genommener Knötchen — Aehnliches nicht gesehen. Zwischen den eigentlichen Prurigoknötchen kommen zweifellos auch Urticariaquaddeln vor: ob meist spontan auftretend, ob mehr durch den Juckreiz und das Kratzen hervorgerufen — wie bei so vielen anderen juckenden Efflorescenzen inzwischen — weiss ich nicht. Das letztere ist mir nicht unwahrscheinlich, da ich bei vielen Pruriginösen, die ich darauf hin untersuchte, die bekannte Urticaria artificialis fand, d. h. die Möglichkeit, durch Nagelstriche oder ähnliche stumpfe Eindrücke an den so behandelten Stellen die gegebene Form in Quaddelprovenienz zu erzeugen.

In den letzten Tagen ist ein Vortrag von H. Behrend (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 25, 1884) erschienen, der sich gegen die Angaben Hebra's wendet, die Prurigo sei eine reine Hautkrankheit, die von keinerlei Blut- oder Organkrankheit her resultire. Behrend sah bei zwei an Scharlach erkrankten Kindern später Pusteleruptionen nachfolgen, nach deren Ablauf eine typische Prurigo sich ausbildete. Man müsse annehmen, dass in diesen Fällen die Disposition in der Haut bestanden

und das Scharlachgift nur die Anregung zu ihrer Ausbildung gegeben habe. Immerhin sei dadurch bewiesen, dass die Prurigo vom Blute aus entstehen könne, und könne ihre Entwicklung aus inneren Ursachen fortan nicht mehr bezweifelt werden. Es würde nichts Befremdliches haben, einmal auch Prurigo nach Speisen oder Arzneimitteln sich entwickeln zu sehen. — Diese Beobachtungen Behrend's sind gewiss beachtenswerth, aber die Kinder waren 5 und 4 Jahre alt und Hebra hat die Entwicklung der Prurigo in das Alter von 2 bis 7 Jahren verlegt. Ob wirklich die Haut der Kinder früher ganz normal gewesen, keine Urticariaschübe dagewesen, ist nur aus den Angaben der Mütter bekannt. Jedenfalls ist nur eine vorhandene Disposition geweckt worden, von einer Entstehung aus inneren Ursachen kann nicht gut die Rede sein.

Somit scheint mir die classische Schilderung Hebra's noch heute fast durchweg giltig; es würden zu untersuchen bleiben (an grösserem Material) die Knötchen, ferner die peripherischen und wohl auch die centralen Nerven. Was von Hebra's Angaben irrig ist, habe ich vorweg angegeben: die Prognose. Wir wissen heute, dass in den ersten Lebensjahren die Krankheit vollkommen heilbar ist, ja dass auch vereinzelte veraltete Fälle geheilt sind. Nur bedarf es dauernder, vielmonatlicher Behandlung, die im Ganzen die Hebra's ist und immer in Localmitteln besteht. Mildere Fälle habe ich auch mehrfach m. w. spontan ablaufen sehen, aber ich kann doch nur rathen, jedesmal energisch an die Behandlung zu gehen, da das Loos der lebenslang Pruriginösen gar zu traurig ist.

Caspary: Ueber Prurigo

Sensible Entartungsreaction bei Zoster.

Von

Prof. **C. Gerhardt** in Würzburg.

Seit v. Baerensprung den ersten aufhellenden Gedanken in die Pathologie des Zosters hereingebracht hat, ist auf diesem Gebiete richtig weitergearbeitet worden und man hat sowohl für die primäre Erkrankung der Spinalganglien und des Ganglion Gasseri eine Anzahl von guten anatomischen Belegen erhalten[1]), als auch noch weit zahlreichere Thatsachen, die auf die Bedeutung des Zosters als Symptom peripherer Neuritis hinweisen. Ueber die Art, wie durch Neuritis die Hauterkrankung bewirkt werden könne, ist eine sehr ansprechende Hypothese von Neisser und Weigert[2]) gegeben worden. Das Absterben peripherer Theile in Folge nervösen Einflusses und das Eindringen infectiöser Stoffe in die absterbenden Theile wird als Ursache der Eiterung beim Zoster bezeichnet.

Die wichtigste thatsächliche Bereicherung ist der Zoster-Lehre neuerdings durch Curschmann und Eisenlohr[3]) zu Theil geworden, die nach der Heilung des Zosters in zwei Fällen die Entstehung von mehrfachen acut-perineuritischen Knötchen an den betreffenden Nervenästchen nachwiesen. Dabei mag erwähnt werden, dass sich seither hier bereits in drei Fällen von Zoster ähnliche Knötchen erkennen liessen.

---

[1]) E. Lesser, Weitere Beiträge zur Lehre vom Herpes zoster. Virchow's Arch. Bd. 93. S. 506.

[2]) Eulenburg's Realencyclopädie. Bd. IV. S. 666.

[3]) v. Ziemssen's Arch. Bd. 34. S. 409.

Diese von Curschmann und Eisenlohr gefundene Thatsache ist gewiss auch geeignet, das Zusammenvorkommen des multiplen Neuroma und der neuropathischen Hautpapillome, auf das v. Recklinghausen hinweist[1]), begreiflicher zu machen. Viele dieser Fälle machen ja unabweisbar den Eindruck eines ins Chronische übersetzten Zosters.

Ueber die Frage: ob und inwieweit besondere trophische Nervenfasern bei diesen Processen betheiligt sind oder erachtet werden können, fehlt freilich jeder directe Nachweis. Doch dürften die experimentellen Erfahrungen von H. Meissner über Erregung von Entzündung am Auge durch Trigeminus-Verletzung wohl auch für andere sensible Nerven die Vermuthung zulassen, dass einzelne Gruppen von Fasern zur Ernährung der betreffenden Endorgane in näherer Beziehung stehen möchten.

Für eine sehr ungleiche Betheiligung sensibler Fasern an den Wirkungen verschiedener Zoster-Ursachen spricht nicht allein von vorneherein die ganz verschiedenartige Localisation dieser Ursachen (Ganglien, Nervenstämme), sondern auch die so auffällige Ungleichheit in dem Masse der Sensibilitätsstörungen, die den Zoster begleiten, seltener überdauern.

Aus dem genaueren Studium dieser Empfindungsstörungen dürfte man erwarten, Anhaltspunkte zu gewinnen für die Richtigkeit der Annahme, dass beim Zoster eine Entartung sensibler Fasern bis in ihre Endapparate stattfinde. Die elektrische Untersuchung konnte bei Degeneration bis in die Endapparate sicher, vielleicht auch schon bei blosser absteigender Degeneration sensibler Fasern eine Art von Entartungsreaction ergeben. Seit mehreren Jahren schon wurden Zoster-Fälle meiner Klinik in dieser Richtung untersucht. Zum Vergleiche wurde jedesmal die entsprechende Stelle der gesunden Seite benützt, nur in dem doppelseitigen Zoster Nr. 4 wurden die benachbarten Hautpartien zum Vergleiche herangezogen. Das Ergebniss war ein recht verschiedenes. Wir fanden Fälle mit völlig normalem Verhalten der elektrischen Erregbarkeit, solche mit einfacher Verminderung oder

[1]) Ueber die multiplen Fibrionen der Haut und ihre Beziehungen zu den multiplen Neuromen. Berlin 1882. S. 61.

Erhöhung der faradischen, ebenso in anderen der galvanischen Erregbarkeit.

Von besonderem Interesse sind nur die folgenden Beobachtungen, die ich glaube, hier im Auszuge einzeln aufführen zu müssen:

1. H. Barbara, Dienstmagd, 36 Jahre alt, aufgenommen am 17. Mai 1876. Am 7. Gefühl von Kriebeln und Spannen in der rechten Stirnhälfte, das sie darauf bezog, dass ihr kurz zuvor ein Lindenast dahin geschnellt war. Am 11. Zoster des rechten ersten Trigeminusastes ohne Theilnahme der Nase. Am 13. leichtes Frösteln, Fieberbewegung, die noch bis zum 17. fortdauert. Rechte Pupille etwas enger. Erst am 20. eine unvollständig sich entwickelnde Zoster-Gruppe an der Nasenspitze.

Sensibilität: Für einfache Berührungen beiderseits gleich, für den unterbrochenen Strom rechts geringe, aber deutliche Abschwächung der Empfindung, gegen den constanten Strom umgekehrtes Verhalten. Die Sensibilität ist rechts für den constanten Strom erhöht.

2. Matthäus D., Schreiner, aufgenommen am 10. April 1880, erkrankt am 3. April unter Frösteln, linksseitigem Kopfschmerz, Reissen im linken Ohr. Zoster-Eruption im Bereiche der Supraorbital- und Supratrochlearzweige des ersten linken Trigeminus-Astes.

Sensibilität: Tastkreise in der Schläfengegend links 3, rechts $2^1/_2$ Ctm., an der Stirne dagegen beiderseits gleich. Schmerz- und Wärme-Empfindung beiderseits gleich. Faradischer Strom wird im Zoster-Gebiet, besonders an der Stelle mit verminderter Tastempfindung erst bei grösserer Stromstärke empfunden als rechts. Dagegen wird ein schwächerer galvanischer Strom bereits links im Zoster-Gebiet empfunden, wenn dies rechts noch nicht der Fall ist. Die Nasenschleimhaut reagirt auf Reize links schwächer als rechts.

Mit dem völligen Eintrocknen der Bläschen am 13. bilden sich alle Sensibilitätsstörungen zurück und sind beim Austritt am 26. verschwunden.

3. K. Bernhard, 50 Jahre alt, Kaufmann, wegen universellem Eczem am 28. Mai 1883 aufgenommen, bekam am 24. Juni

im Spital unter Fieber bis 39·5 Zoster des vierten rechten Intercostalnerven.

Sensibilitätsprüfung am 27: Druckempfindung im Bereiche des Gürtelausschlages herabgesetzt, faradische Erregbarkeit viel schwächer auf der erkrankten als auf der entsprechenden gesunden Hautpartie.

Galvanische Erregbarkeit.

a) Anode.

Kranke Seite.	Gesunde Seite.
5 El. Schmerzempfindung nur an der Austrittsstelle des vierten Nerv. intercost.	
10 El. Schmerzempfindung.	Geringe Schmerzempfindung.
15 El. Heftige Schmerzempfindung.	„ „
20 El. Sehr heftige Schmerzempfindung.	„ „
25 El. Sehr heftige Schmerzempfindung.	Heftige Schmerzempfindung.

b) Kathode.

Kranke Seite.	Gesunde Seite.
8 El. Schmerz nur an der Austrittsstelle des vierten Intercostalnerven.	
10 El. Schmerzempfindung.	Geringer Schmerz.
20 El. Sehr heftiger Schmerz.	Schmerz.
25 El. „ „ „	Heftiger Schmerz.

Am 11. Juli (Bläschen eingetrocknet, Röthe verblasst) dasselbe Resultat.

Am 21. (Ausschlag geheilt), Schmerz bei galvanischer Untersuchung beiderseits gleich, bei faradischer rechts noch etwas geringer. Am 28. Verhalten bei galvanischer Untersuchung beiderseits gleich, bei faradischem Strom auf der linken gesunden Seite noch etwas stärkere Empfindung als rechts.

4. Thomas Sp., 20 Jahre, Schustergeselle, erkrankte am 3. August 1883 während einer Krätzkur an Nasendiphtherie, als diese aber geheilt war, begann Erysipel am Nasenrücken, das sich bis zum 12. über den Kopf und oberen Theil des Nackens

verbreitete. Zu dieser Zeit erschienen Herpes facialis-Gruppen beiderseits an der Unterlippe. Am 13. fand sich eine theils bläschentragende, theils nur zu quaddelartiger Schwellung der Hautpartie führende Zoster-Eruption beiderseits am obersten Theile des Halses, zwischen Unterkieferrand und Schildknorpel bis zur Wirbelsäule, welche etwa dem Nerv. subcut. colli med. entsprechen.

Sensibilität: Für Nadelstiche stark herabgesetzt. Ebenso Schmerzhaftigkeit bei Anwendung des faradischen Stromes stark vermindert. Bei Anwendung des constanten Stromes bei 15 Elementen sowohl Ka.- als An.-Schliessung mässige Schmerzempfindung, während bei der Oeffnung keine Schmerzangabe erfolgt. Die umgebende gesunde Haut ist vollständig unempfindlich für die gleiche Stromstärke. Bereits am 16. ist der Zoster-Ausschlag fast ganz abgeblasst und eingetrocknet. Sensibilität links normal, rechts dagegen noch Unempfindlichkeit für leichte Nadelstiche.

5. 20jährige Köchin, erkrankt am 9. October 1883 an diphtheritischer Angina, am 14. bilden sich vier Zoster-Gruppen am rechten Ohr und Mundwinkel.

Sensibilität: Tastempfindung beiderseits gleich, Tasteindrücke rechts schmerzhafter. Empfindung für den faradischen Strom beiderseits gleich. Der galvanische ist rechts schmerzhafter als links, und zwar tritt die erste Schmerzangabe rechts bei 4, links bei 6 bis 7 Elementen ein, rechts bei Ka.- und An.-Schliessung bei gleicher Stromstärke, links für die Ka.-Schliessung früher.

Dieser vierte Fall zeigt nur schwach und undeutlich das fragliche Verhalten angedeutet, während die drei ersten verminderte Erregbarkeit der sensibeln Nervenendapparate oder Nerven in der Haut zeigen für den faradischen Strom, gesteigerte für den galvanischen. Zugleich ist der Effect der Anodenschliessung im vierten Falle dem der Kathodenschliessung gleich geworden, im dritten sogar stärker.

Hiernach kann man wohl in einigen Zoster-Fällen eine Art sensibler Entartungsreaction als gegeben betrachten.

Für andere Krankheitsformen ist Aehnliches schon mehrfach nachgewiesen. So finde ich in dem klinischen Vortrage von H. Nothnagel über Neuritis in diagnostischer und pathologischer

Beziehung[1]) von einem Tetanus angeführt: „Beim Ansetzen der Anode eines galvanischen Stromes auf die Innenseite des Vorderarmes, der Kathode in die Achselhöhle oder in die Fossa supraclavicularis empfindet der Patient schon bei 8 Elementen links lebhafte brennende Schmerzen und bei Stromwendungen erfolgen Zuckungen; rechts erst bei viel höheren Stromstärken".

In neuester Zeit hat sich M. Mendelssohn[2]) mit dem Erregungsgesetz der sensibeln Nerven und mit der Entartungsreaction beschäftigt, welche an den Hautnerven Tabeskranker vorkommt und wahrscheinlich mit den von Westphal und Déjerine beschriebenen anatomischen Veränderungen dieser Hautnerven zusammenhängt.

Wenn man nach den gründlichen Experimentaluntersuchungen von Leegaard und von Bastelberger[3]) als feststehend annehmen darf, dass auf motorischer Seite nicht allein am Muskel, sondern auch am Nerv elektrische Entartungsreaction sich nachweisen lasse, so wird es nach dem Mitgetheilten auch sicher sein, dass am sensibeln Nerven, und zwar speciell bei einzelnen Zoster-Fällen Entartungsreaction vorkommt. Man wird daraus eine Bestätigung des neuritischen Ursprunges vieler Zoster-Formen entnehmen dürfen.

---

[1]) R. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 103.

[2]) St. Petersburger med. Wochenschr. 1884 Nr. 7; Auszug in Ellenmeyer's Centralblatt Jahrg. VII. Nr. 13.

[3]) v. Ziemssen's Arch. Bd. 26 u. 25.

Ueber Herpes tonsurans und Favus.

Von

Dr. Gustav Behrend

Docent an der Universität in Berlin.

M. H. In den letzten Jahren haben in Berlin durch die unglaubliche Sorglosigkeit und Unkenntniss, wie sie in den Barbierstuben herrscht, der Herpes tonsurans des Bartes und die in seinem Gefolge auftretende parasitische Sycosis einen Umfang angenommen, wie wir ihn bis vor verhältnissmässig kurzer Zeit nicht gekannt haben. Denn während ich noch vor etwa zwei bis drei Jahren diese Erkrankungen zu den seltenen rechnen musste, bilden sie jetzt, soweit ich das wenigstens aus dem Kreise meiner praktischen Thätigkeit beurtheile, ein ständiges Material sowohl in der Privatpraxis, als in der poliklinischen Sprechstunde, und wir müssen bei einer derartigen Weiterentwicklung dieser Verhältnisse nothwendigerweise auch in Berlin zu Zuständen gelangen, wie sie in anderen grossen Städten, namentlich in Paris und London thatsächlich herrschen, wo der Herpes tonsurans schon längst zu einer Plage der Schulen und Erziehungsanstalten geworden ist.

So bedauerlich dies auch vom humanitären und hygienischen Standpunkte aus sein mag, mir wurde hierdurch die erwünschte Gelegenheit geboten, die vegetativen Verhältnisse des Trichophyton tonsurans, die Art und Weise, in welcher es die Epidermisgebilde, speciell die Haare, invadirt, und die Art, in welcher die Haare durch dasselbe verändert werden, näher zu studiren. Wenngleich nun meine Untersuchungen in Bezug auf die Einzelheiten noch keineswegs zu einem Abschluss gelangt sind, so möchte ich mir dennoch erlauben, die bisher gewonnenen Resultate mitzutheilen, weil ich glaube, dass sich aus ihnen, trotz ihrer Mangel-

haftigkeit, doch schon einige Schlüsse ziehen lassen, die ein gewisses Interesse beanspruchen dürften.

In dieser Beziehung verdient in erster Reihe hervorgehoben zu werden, dass es möglich ist, schon durch eine makroskopische Reaction in jedem Falle zu entscheiden, ob ein Haar von Trichophyton durchwuchert ist oder nicht. Bei Entfettung trichophytöser Haare, die ich vor einer Reihe von Jahren behufs Färbung der Pilze vornahm, trat die Thatsache in ganz unzweideutiger Weise zu Tage, dass Haare selbst nach einer sehr kurzen Befeuchtung mit Chloroform nach dem vollkommenen Verdunsten desselben, soweit sie von Pilzen durchwuchert waren, eine kreideweisse Farbe annahmen, und dass Haare, welche diese Veränderung nicht zeigten, keine Pilzelemente beherbergten. Später sah ich allerdings, dass bereits Dyce Duckworth[1]) vor Jahren auf diese Erscheinung hingewiesen hatte, und wenn sie gleichwohl bisher fast gänzlich unbeachtet geblieben ist, so beruht dies, worauf ich noch zurückkomme, mehr auf äusseren Verhältnissen; dass die Thatsache an sich richtig ist, davon kann man sich jeden Augenblick überzeugen, man braucht das Haar aber nur eine Minute in Chloroform liegen und letzteres vollkommen verdunsten zu lassen. Sobald es vollkommen trocken geworden ist, was nach zwei bis drei Minuten geschieht, lässt sich die Farbenveränderung in ganz eclatanter Weise wahrnehmen, gleichviel, ob es sich um schwarze, braune, röthliche oder hellblonde Haare handelt.

Diese Weissfärbung durch Chloroform, welche sich auf den ganzen Invasionsbezirk des Trichophyton erstreckt, denselben andererseits aber auch nicht überschreitet, weicht augenblicklich der normalen Farbe des Haares, sobald man dasselbe mit einem Tröpfchen Oel befeuchtet und kehrt bei wiederholter Einwirkung von Chloroform in gleicher Weise wieder. Es ergibt sich hieraus, dass diese Chloroformwirkung allein auf der Entziehung des Fettes beruht; da aber pilzfreie Haare, ihres Fettes beraubt, wohl ein stumpfes Aussehen gewinnen, ihre normale Farbe aber nicht verlieren, so müssen wir annehmen, dass im vorliegenden Falle die durch das Trichophyton erzeugten materiellen Veränderungen der Haarsubstanz die Grundbedingungen

[1]) Dyce Duckworth, British. med. Journ. 1873 p. 515.

für das Zustandekommen dieser Erscheinung abgeben. Diese Veränderungen beruhen nun in einer Zerklüftung der Haarsubstanz durch den Pilz und dem Eindringen der Luft in das Innere desselben. Denn man braucht ein Trichophyton-Haar nur ganz kurze Zeit unter der Einwirkung von Kalilauge unter dem Mikroskop zu betrachten, um zu sehen, wie über, unter und neben dem Haare sich Luftblasen von allen Dimensionen ansammeln und vermehren in dem Masse, als die Kalilauge in das Innere eindringt.

Diese Veränderung der Haarsubstanz, welche sich durch die Chloroformreaction zu erkennen gibt, ist insofern für das Trichophyton charakteristisch, als sie von keinem der übrigen bisher bekannt gewordenen Dermatophyten in gleicher Weise erzeugt wird. Dies gilt in erster Reihe natürlich vom Favuspilz. Ich habe Favushaare von verschiedener Farbe und bei verschieden langer Dauer der Erkrankung auf ihr Verhalten gegen Chloroform geprüft, ohne jemals ein Weisswerden unter dem Einfluss des letzteren constatiren zu können. Demgemäss sieht man auch bei Behandlung mit Kalilauge unter dem Mikroskop niemals die hochgradigen Veränderungen in ihrer Substanz wie an Trichophytonhaaren. Wohl zeigen sich am Favushaare, welches lange Zeit dem Einfluss des Pilzes ausgesetzt war, beim Eindringen der Kalilauge einzelne lange schmale lufthaltige Spaltungen, jedoch niemals eine so hochgradige Zerklüftung, wie sie das Trichophyton schon im Verlaufe weniger Tage erzeugt. Haare, welche ich in einem Falle von einem etwa vier bis fünf Tage bestehenden Herpes tonsurans-Fleck vom Kopfe eines vierjährigen Knaben entnahm — sie waren bei der Epilation sämmtlich im Niveau der Haut abgebrochen — zeigten bereits die Chloroformreaction[1]), indem ihre äusserste Spitze weiss wurde, so dass sie wie mit einem weissen Köpfchen besetzt erschienen, und demgemäss zeigte sich auch unter dem Mikroskop die an dem Hervortreten von Luftblasen erkennbare Zerfaserung.

In der Chloroformreaction, auf deren klinische Verwerthbarkeit ich noch weiterhin zurückkomme, spiegelt sich also, wenn man will, schon makroskopisch eine cardinale Differenz zwischen

[1]) Die Haare wurden der Versammlung vorgelegt. Der Fleck, von welchem sie entnommen waren, hatte den Durchmesser einer Erbse.

dem Favuspilz und dem Trichophyton wieder, welche sich dahin definiren lässt, dass letzteres schon in wenigen Tagen die Haarsubstanz destruirt, desorganisirt und in ihren Cohäsionsverhältnissen herabsetzt, so dass sie unter einem verhältnissmässig leichten Zuge zerreisst, während jener das Haar durchwuchert, ohne eine derartige Zerfaserung herbeizuführen, ohne die Festigkeit desselben wesentlich zu beeinträchtigen, so dass es meistentheils gelingt, das Favushaar mit den Wurzeln aus dem Follikel herauszuziehen. Hieraus erklärt sich eine Erscheinung, die ich häufig zu constatiren Gelegenheit hatte, dass nämlich bei lange bestehendem Favus der Pilz sehr weit in den extrafolliculären Theil des Haarschaftes hinaufwuchert. So besitze ich Haare von einem 20jährigen Mädchen, welches seit der frühesten Kindheit an Favus litt, in denen sich Pilzfäden 5, ja selbst 6 bis 7 Centimeter weit in dem Haarschaft hinauf verfolgen liessen. Ein derartiges oder auch nur annähernd ähnliches Verhältniss ist beim Herpes tonsurans unmöglich, weil der durch den Pilz schon sehr frühzeitig desorganisirte Haarschaft unter dem Einfluss äusserer Insulte gewöhnlich schon abbricht, bevor die Wucherung überhaupt noch bis zu einer irgendwie nennenswerthen Höhe gediehen ist, so dass die erkrankten Haare als kurze Stumpfe über das Niveau der Haut hervorragen und eben das klinische Bild einer schlechten Tonsur erzeugen.

Ebenso verschieden wie im extrafolliculären Theile gestalten sich die Wucherungsverhältnisse beider Pilze auch im intrafolliculären Theile der Haare. Was zunächst den Favus betrifft, so kann ich den von Kaposi abgebildeten Befund bestätigen; denn auch ich habe an Favushaaren Mycelien sich bis tief in den Bulbus hinein erstrecken sehen. Anders jedoch verhält sich das Trichophyton. Unterwirft man Haare von Herpes tonsurans oder von einem Sycosis-Knoten, die bei der Epilation mit ihrem Bulbus aus dem Follikel gekommen sind, der Chloroformprobe, so wird nur eine ganz geringe Anzahl diese Probe bestehen und eine weisse Farbe annehmen, d. h. also sich pilzhaltig erweisen. Aber auch bei diesen behält der Bulbus stets seine normale Farbe, was bei schwarzen Haaren besonders hervortritt, und lässt man eine Präparirnadel mit sanftem Druck über das Haar hingleiten, so kann man mit Leichtigkeit den Bulbus abstreifen; ein Beweis, dass die Haarsubstanz oberhalb desselben in seinen Cohäsionsverhältnissen

am meisten herabgesetzt ist. Das mikroskopische Bild entsprach in den von mir untersuchten Haaren auch vollkommen dem makroskopischen Verhalten, indem ich Mycelien höchstens bis an den Bulbus herantreten, ja zuweilen dicht oberhalb desselben mit einer scharfen Linie abschneiden sah.

Indem ich mir weitere Mittheilungen in Bezug auf diese beiden Pilze vorbehalte, möchte ich nur noch hervorheben, dass aus dem geschilderten Verhalten schon auf die Verschiedenheit beider Pilze geschlossen werden kann, an welcher die Dermatologen übrigens auch niemals gezweifelt haben, und dass die Culturversuche, welche die Differenz zwischen beiden zu verwischen schienen, auf irgendwelche Fehlerquellen zurückzuführen sind.

Was schliesslich die klinische Verwerthbarkeit der Chloroformprobe betrifft, so war es für mich zunächst zum Zwecke der Demonstration bei meinen Vorlesungen stets von Werth, aus einer Anzahl epilirter Haare in Schnelligkeit pilzhaltige Objecte herauszufinden, und es trat mir gar nicht selten die Thatsache entgegen, dass ich selbst ziemlich umfängliche Sycosisknoten vollständig epiliren konnte, ohne mehr als ein, zwei oder drei Pilzhaare zu finden. Unter Umständen aber kann die Chloroformprobe auch für die Differentialdiagnose von Nutzen sein, wenn es sich darum handelt, Fälle von chronischem Ringworm des Kopfes, wie sie bei uns in Deutschland ja allerdings nicht vorkommen, von jener Form der Alopecia areata zu unterscheiden, bei welcher sich in der Peripherie der kahlen Stelle kurze Haarstumpfe finden, die bei jedem Epilationsversuche abbrechen, jene Form also, welche von Lailler wegen der Aehnlichkeit mit Herpes tonsurans eben als Alopecie pseudotondente bezeichnet worden ist und bei welcher die Haare auch nach der Einwirkung von Chloroform ihre normale Farbe behalten.

Es liegt nun nahe, die Chloroformreaction zu benützen, um festzustellen, ob in einem gegebenen Falle ein Herpes tonsurans geheilt sei oder nicht. In der That hat sie Dyce Duckworth (a. a. O.) ausschliesslich für diesen Zweck empfohlen, indem er vorschlug, eine erkrankt gewesene Stelle mit Chloroform zu befeuchten, um aus dem Auftreten oder Ausbleiben der Weissfärbung einzelner Haare auf die Fortdauer, resp. eingetretene Heilung

zu schliessen. Indess ist mir diese Reaction in situ niemals gelungen, einmal weil auf dem weissen Grunde weiss gewordene Haare sich nicht genügend abheben, sodann aber, weil beim acuten Herpes tonsurans, mit welchem wir es in Deutschland ausschliesslich zu thun haben, die Haare gewöhnlich dicht über der Hautoberfläche abbrechen, so dass hierdurch schon das Eintreten der in Rede stehenden Reaction nicht erkannt werden kann.

Aehnlich ist es sicherlich auch anderen Forschern ergangen [1]), und dies ist wahrscheinlich der Grund, weshalb die Mittheilung Duckworth's überhaupt bisher unbeachtet geblieben ist.

---

[1]) S. Kaposi in Hebra und Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten. 2. Bd. pag. 650.

Beitrag zur Pathogenese des gonorrhoischen Rheumatismus.

Von

Dr. Haslund in Kopenhagen.

Es gibt wohl kaum eine Krankheit, um deren Pathogenese in dem Grade gestritten worden ist, als der gonorrhoische Rheumatismus. Die strittigsten Theorien sind aufgestellt worden, ja sogar die Existenz desselben als eigene Krankheit, ist bestritten gewesen, indem man gemeint hat, es sei gewöhnlicher Rheumatismus, der bei einem Individuum, an Gonorrhoe leidend, auftrete. Man hat versucht, die Entstehung derselben zu erklären durch eine mysteriöse Sympathie oder als eine Reflexwirkung von der entzündeten Schleimhaut aus; man hat sie aus einer Intoxication von den gebrauchten Medicamenten oder als eine Art von Urämie u. s. w. herleiten wollen.

Heutzutage ist doch kaum Jemand, der daran zweifelt, dass die Gonorrhoe die Ursache des Leidens ist, aber über die Erklärung von dem gegenseitigen Verhältniss ist noch keine Einigkeit erreicht. Wenn auch Lasègue's Theorie von einer purulenten Infection durch Aufsaugung von Pus aus der entzündeten Schleimhaut mehrere Anhänger gewonnen hat, so gibt es noch immer Viele, die der Gonorrhoe nur eine Rolle als Erwecker einer schlummernden oder angeerbten arthritischen Diathese beimessen, und Viele, die den Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten als etwas Räthselhaftes ansehen.

Im letzten Jahre sind ein paar Untersuchungen gemacht worden, durch welche — wenn sie sich bestätigen — der langwierige Streit über die Pathogenese des gonorrhoischen Rheumatismus

seinen Abschluss gefunden hat, und wodurch alle früheren Theorien, die sublimen wie die sinnlosen der Historie angehören.

Als Neisser den pathognomischen Micrococcus der Gonorrhoea gefunden und als Bockhart durch seine Cultur- und Einimpfungsversuche dessen Rolle als Krankheitserwecker bewiesen, war es natürlich, dass man anfing, sie in den Krankheitsprodukten des gonorrhoischen Rheumatismus und besonders in den Ansammlungen der Articulationen zu suchen. Bis jetzt ist es indessen nur dem Italiener Petrone voriges Jahr und dem Deutschen Kammerer in diesem Jahre gelungen, an diesen Stellen den Gonococcus zu erweisen, Petrone auch einmal in dem Blut eines Mannes, der an gonorrhoischem Rheumatismus litt. Viele Andere haben dieselben vergebens gesucht, auch mir ist es leider nicht geglückt, sie hier zu erweisen. Ich sage leider, weil ich immer den sogenannten gonorrhoischen Rheumatismus als eine Infection aufgefasst habe, und ich früher die Wahrscheinlichkeit der Lasègue'schen Theorie durch einige Aufsätze zu zeigen versuchte, in welchen ich die Häufigkeit der purulenten Arthritis während des Verlaufs der Gonorrhoea erwies und eine Vergleichung zwischen dem gonorrhoischen Rheumatismus und der chronischen purulenten Infection während der Wochen ihres Bestandes anstellte.

Wie gesagt, es ist mir nicht gelungen sie in dem Gelenkexsudat zu finden; ich habe dasselbe aus vier verschiedenen Gelenken untersucht, und weder ich noch meine Gehilfen in meinem ärztlichen Dienste, noch andere in Micrococcusuntersuchungen geübte Aerzte haben solche erweisen können. Zwar habe ich in den Präparaten Micrococcen gefunden, aber diese haben nicht denselben Charakter gehabt, wie der Coccus der Gonorrhoea, weder rücksichtlich der Grösse, der Placirung im Verhältniss auf die weissen Blutkörper noch rücksichtlich der Gruppirung; es waren Coccen in Klumpen oder in kurzen Ketten, wie man sie in allerlei Pus finden kann.

Die Untersuchungen Petrone's und Kammerer's kenne ich aus dem Referat im „Centralblatt für Chirurgie" und ich zweifle natürlich nicht an der Zuverlässigkeit ihres Fundes, den sie gesehen, aber ich hätte gewünscht, dass sie eine Abbildung desselben gegeben hätten, wie auch die Darstellung ihres Verfahrens bei der Färbung der Präparate eine genauere hätte sein sollen.

In Petrone's 2 Fällen sind die Gonococcen am 3. und 5. Tage nach der Entstehung der Ansammlung gefunden; in Kammerer's Fall am Tage nachdem die Arthritis sich zeigte. Letzterer schliesst hieraus und aus dem Umstand, dass er das zweite Mal, wo er 16 Tage später dieselbe Articulation punctirte, den Gonococcus nicht vorfand, dass dieser sehr bald verschwindet, wenn die Entzündungssymptome zunehmen. In einem meiner Fälle untersuchte ich genau 2 Tage nach dem Entstehen des Leidens, während in den anderen Fällen 3, 8, 17 Tage nach dem Anfang der Ansammlung verlaufen waren. Man kann sich ja denken, dass der Coccus so aerophil ist, dass er sehr schnell zu Grunde geht, wo er von der Luft eingeschlossen ist, während er sich bekanntlich an der Schleimhaut der Urethra sehr wohl, ja lebhaft vermehrt. Dass die Intensität der Entzündung eine destruirende Wirkung haben sollte, darauf scheinen die Verhältnisse, worunter sie im Urethralsecret vorkommen, nicht zu deuten. Ich werde indessen meine Untersuchungen fortsetzen, und ich habe den festen Glauben, dass der Coccus sich finden muss.

Dass der gonorrhoische Rheumatismus eine ganz besondere Krankheit ist, die mit dem gewöhnlichen Rheumatismus nichts zu thun hat, liesse sich, wie ich meine, auch aus dem Erfolge, der in den zwei letzten Jahren von mir in meinem Service gemachten Puncturen an Gelenkansammlungen beweisen, so wie auch durch eine Vergleichung zwischen jenen und den Puncturen des Kniegelenkes, welche von meinem Collegen Prof. Studsgaard, der einem chirurgischen Service des Commune-Spitals vorsteht, gemacht sind.

In der Literatur habe ich nur eine einzelne Mittheilung über Punctur des Kniegelenkes während eines gonorrhoischen Rheumatismus und eine Beschreibung von dem Aussehen der Flüssigkeit gefunden.

Es ist die von Laboulbène und sie stammt aus 1872. Er fand eine citronengelbe, klebrige, alkalische Flüssigkeit mit einzelnen Fasern, schnell coagulirend: durch das Mikroskop sah er in derselben zahlreiche purulente Leucocythen, unregelmässig geformt und mit Ausläufern, zum Theil mit amöboiden Bewegungen. Einige Tage darnach fand er bei wiederholter Punctur eine Flüssigkeit von derselben Beschaffenheit aber mit mehreren Puszellen,

Fibrinfibrillen und einzelnen rothen Blutkörpern. Zur Vergleichung hat Méhu die Flüssigkeit von allgemeinem Hydarthros (traumat.?) untersucht; er fand diese Flüssigkeit synoviaähnlich, mucinhaltig und bei Erwärmung nicht coagulirend, während die Ansammlung bei einem acuten Rheumatismus der Gelenke, sowohl Mucin als Fibrin enthielt und beim Kochen coagulirte; in keiner von diesen Ansammlungen fanden sich weisse Blutkörper.

Ich habe bei gonorrhoischem Rheumatismus 11mal Puncturen des Kniegelenks unternommen. Das Alter der Ansammlung war etwas verschieden; in 3 Fällen war es wegen der Unzuverlässigkeit des Patienten unmöglich zu constatiren, wann die Krankheit entstand; in den übrigen 8 Fällen war sie resp. 2, 3, 8, 8, 14, 16, 17 und 23 Tage alt. In allen Fällen war die Ansammlung sehr bedeutend und die Ausspannung der Kapsel sehr stark. Die Menge der ausgeleerten Flüssigkeit war ziemlich verschieden, 60—150 Grm., ein Mal nur 30 Grm., weil die Canüle von Fibrinfasern verstopft wurde. In den 10 Fällen zeigte sich die Flüssigkeit ganz gleichartig, das heisst, es war eine trübe, gelblichgrüne, dicke, zähe Flüssigkeit von neutraler oder leicht alkalischer Reaction mit mehr oder weniger weisslichen Fäserchen. Durch das Mikroskop sah man immer zahlreiche purulente Leucocythen von verschiedener Grösse und Form. Die Flüssigkeit coagulirte sehr schnell beim Hinstellen in die Luft. — Im 11. Fall war der Inhalt der Articulation hämorrhagial, obgleich die Diagnose des gonorrhoischen Rheumatismus unzweifelhaft war. Es sind indessen verschiedene Umstände, welche die Beschaffenheit der Ansammlung erklären können. Der Kranke war vor der Aufnahme in das Spital eine Zeitlang mit einer gewiss ziemlich unsanften Massage behandelt worden, dazu war er ein schlecht genährtes, elendes Individuum. Möglich ist es freilich auch, dass dieser Fall ein Analogon von den seltenen Fällen ist, in denen man bei frischer Pleuritis ein hämorrhagisches Exsudat trifft, ohne dass man irgend eine andere Ursache entdecken kann, als eine vermuthete Diathese.

Indem ich die Krankenjournale von dem Service Prof. Studsgaard's für die 4 letzten Jahre durchgehe, finde ich 5 Fälle von gonorrhoischem Rheumatismus mit Punctur oder Arthrotomie behandelt; ebenfalls handelt es sich hier um ziemlich bedeutende Ansammlungen und die Operation ist 3—14 Tage nach

Entstehung des Leidens unternommen. Die ausgeleerte Flüssigkeit wird als trübe, fahl, gelblich oder grünlich, faserig beschrieben; ein Mal als deutlich purulent. In einem Fall, wo das Leiden des Gelenks seit 6 Tagen dauerte, wurde, doch ohne Resultat, der Gonococcus gesucht.

Wie man sehen wird, entsprechen diese Fälle ganz meinen Untersuchungen, dass heisst, die Ansammlung der Flüssigkeit in den Gelenken bei dem gonorrhoischen Rheumatismus ist immer eine derartige, dass sie purulent ist oder an der Grenze steht, ein Pus zu sein; wie Volkmann es nennt, katarrhalischer Pus.

Indem ich dagegen die übrigen, zahlreichen Puncturen durchgehe, welche Prof. Studsgaard an Ansammlungen im Kniegelenk gemacht hat, finde ich, dass überall, wo von einer durch vorausgegangenes Trauma entstandenen Affection des Gelenks die Rede ist, die Ansammlung immer hämorrhagisch ist; ein Verhältniss, worauf aufmerksam gemacht zu haben, die Ehre Prof. Studsgaard's ist. Wo das Leiden des Knies kein traumatisches, und wo von Gonorrhöe keine Rede ist, wo man es also als ein einfach rheumatisches bezeichnen muss, da ist die Flüssigkeit immer eine völlig klare, gelbliche Synovie, selbst wenn das Leiden seit Jahren besteht.

Es leuchtet also ein, dass man allein aus dem Aussehen und der Beschaffenheit der Flüssigkeit die Diagnose zwischen Arthritis durch Trauma entstanden — wegen „gonorrhoischen Rheumatismus" — oder als einfache rheumatische Affection — stellen kann, und unter meinen Observationen habe ich Fälle, wo es wirklich der Erfolg der Puncturen war, der für die Diagnose Sicherheit verschaffte.

Als Illustration des schon Erwähnten werde ich einige von meinen Observationen [1]) mittheilen; ich halte es für unnöthig epicritische Bemerkungen hinzuzufügen, indem die Krankenberichte für sich selber deutlich reden.

Gonorrhoea Nr. 2. Arthroitis mehrerer Gelenke.

J. V. J., 27jähriger Gewürzkrämer, wurde am 2. Jänner in das Spital aufgenommen. Der Patient hat nie früher an irgend einer Art von Rheumatismus gelitten. Vor 6 Jahren hatte er eine erste Gonorrhoea;

[1]) Die Observationen wurden nicht beim Congresse mitgetheilt.

jetzt will er an keiner venerischen Krankheit leiden. In den letzten Monaten sind mehrere von den grossen Articulationen Sitz einer Anschwellung und empfindlicher Schmerzen gewesen, die indess der Massage gewichen sind. Vor 4 Tagen schwoll das linke Kniegelenk an und er suchte dann das Spital. Purulenter Ausfluss aus Urethra ist vorhanden und das linke Kniegelenk ist der Sitz einer bedeutenden Ansammlung in der Kapsel; das Gelenk ist bei Berührung sehr schmerzhaft; keine anderen Gelenke sind angegriffen.

Temp. 38·6, 38·5. Puls 100.

Rp. Inj. sol. sulph. zinc.
Epithema tep. genus.

5. Jänner. Heute fast kein Ausfluss aus der Urethra; eine beginnende Ansammlung im rechten Knie, das linke Knie unverändert; daher Punctur mit Aspiration, durch welche ca. 130 Gramm von einer fast reinen, blutigen, dünnen Flüssigkeit mit einzelnen Fibrinfäserchen ausgeleert werden; Stärkebandage.

6. Jänner. Temp. 38·5, 37·6. Keine Schmerzen im punctirten Gelenke, wogegen er über Schmerzen im rechten Knie- und Handgelenke klagt, in welchem deutliche Ansammlung zu fühlen ist. Epith. tepid. In den folgenden 8 Tagen war die Temperatur normal; die Ansammlung im rechten Knie nahm zu, verschwand aber wieder nach wenigen Tagen sowohl hier als im Handgelenk.

12. Jänner. Wurde die Bandage entfernt und es wurde dann eine nur geringe Ansammlung im Gelenke constatirt; keine Empfindlichkeit und keine Verdickung der Kapsel; er kann das Knie bis zu einem rechten Winkel beugen; Martins Binde.

31. Jänner. Wurde er aus dem Spitale entlassen; es war dann fast keine Ansammlung mehr da; die Function des Gelenks war fast normal; kein Ausfluss aus der Urethra.

Gonorrhoea Nr. 1. Arthroitis genus dext.

C. A. 27jähriger Arbeiter, wurde am 7. Februar ins Spital aufgenommen. Die erste Gonorrhoea fing vor 4 Wochen an. Vor etwa einer Woche wurde das linke Knie wund und schmerzhaft, was sich wieder verlor. Vor 2 Tagen schwollen beide Knie an. Bei der Aufnahme fand sich spärlicher, fahler Ausfluss aus der Urethra. Das rechte Knie war der Sitz einer stark ausgespannten Ansammlung, nicht besonders schmerzhaft; das linke Knie frei.

Temp. 38, 37·5. Puls 130. Zunge feucht und rein.

Rp. Inj. sol. sulph. zinc.

Epithema tep. genus.

9. Februar. Temp. 39, 37·6. Schlechter Schlaf wegen Schmerzen im Knie; die Ansammlung spannt die Kapsel stark aus; Punctur mit Aspiration. Es wurden 150 Gramm von trüber, schmutzig-farbiger, gelblicher, klebriger, alkalischer Flüssigkeit ausgeleert, in welcher das Mikroskop eine ausserordentlich zahlreiche Masse von purulenten Leucocythen erwies; Appreturbandage. Am anderen Tage war die Temp. 38° und sank bis um 37° in den folgenden Tagen. Der Patient befand sich wohl, fühlte keine Schmerzen.

14. Februar. Temp. 39, 37·8. Gestern und heute Nacht starke Schmerzen im Gelenk, ziemlich grosse Hitze der Haut und Empfindlichkeit für Druck.

Rp. Gouttière

Eisbeutel.

Die Schmerzen liessen dann völlig nach, aber die Temp. des Abends blieb hoch und die Ansammlung nahm zu; die Empfindlichkeit localisirte sich besonders an der äusseren Seite der Articulationen.

19. Februar. Wurde der Patient in die chirurgische Abtheilung verlegt und hier am 22. Februar an beiden Seiten der oberen Poche Arthrotomie gemacht. Eine nicht geringe Menge von dünnem Pus mit Gelée gemischt floss aus. Nach Sublimatirrigation wurde durchgehende Drainage angelegt und Sublimat-Aschen-Verband sammt Poplitealschienen. Die Ansammlung reproducirte sich nicht; der Wundverlauf war völlig aseptisch und die Wunden waren geheilt. (18. März.) Später war es nothwendig unter Narkose Brisement zu machen, besonders wegen extracapsulärer Strammheit.

26. April 1883. Er wurde als geheilt aus dem Spitale entlassen.

Gonorrhoea Nr. 2. Arthroitis genus. Periostitis humeri.

N. E. 18 Jahre alt, wurde am 8. Juni 1883 ins Spital aufgenommen. Er erhielt zu Anfang des Jahres seine erste Gonorrhoea, die indess, wie er wähnt, in 14 Tagen heilte. Vor 2 Wochen wieder purulenter Ausfluss aus der Urethra, wie er behauptet ohne vorausgegangenen Coitus. Kurz darnach zeigte sich eine Anschwellung mit Schmerzen im linken Kniegelenk. Aus der Urethra lässt sich nun ein mucopurulentes Secret ausdrücken. In linker Articulatio genus findet

sich eine bedeutende Ansammlung, welche besonders die Bursa subcruralis erfüllt, die sich beutelförmig prominirend präsentirt und ungefähr eine Hand breit über die Patella hinausreicht. Die Bursa poplitea ist ebenfalls durch die Ansammlung stark angespannt, und die Patella sieht man wie in eine Grube in der ausbauschenden Kapsel versenkt.

Active und passive Bewegungen nur in geringer Ausdehnung möglich; nicht besonders schmerzlich. Temp. 39·3, 38·3. Er gibt an, sich wohl zu befinden.

Rp. Inj. sol. sulph. zinc.
Gouttière,
Vesicans glacial.

10. Juni. Temp. 39·1, 38·6. Der Zustand des Knies unverändert; Punctur mit Aspiration, durch welche sich 120 Gramm einer stark klebrigen, gelblich-grünen, undurchsichtigen, alkalischen Flüssigkeit mit reichlichen Fäserchen ausleerten. Durch das Mikroskop zeigen sich eine Menge purulenter Leucocythen von verschiedener Form und Grösse. Appreturbandage. Die Temperatur fiel gleich ein wenig und blieb in den folgenden Tagen sowohl Abends wie Morgens wenig über 38°. Er fühlte keine Schmerzen und das Befinden im Allgemeinen war gut.

18. Juni. Temp. 38·2, 37·7. Die Bandage wird entfernt.

In Bursa über Patella findet sich noch eine Ansammlung, während die Kapsel selbst frei ist. Keine Schmerzen noch Empfindlichkeit; er kann das Knie bis zum rechten Winkel beugen; Massage.

22. Juni. Temp. 38·5, 38·1. Es sind Schmerzen entstanden am Condylus internus humeri an der rechten Seite, aber keine Ansammlung in der Kapsel dieser Articulation; Epithema tepid.

Die Ansammlung in der Kniekapsel schwand langsam, und die Beweglichkeit des Knies wuchs allmählich bei Massagebehandlung. Die Periostitis des Condylus externus dext. schwand vollständig nach etwa 10 Tagen und am 4. Juli wurde notirt, dass das linke Knie nun völlig normal war, sowohl rücksichtlich der objectiven Untersuchung als der Function. Der Ausfluss aus der Urethra hatte noch nicht ganz aufgehört, weshalb er erst am 17. Juli entlassen werden durfte.

Gonorrhoea Nr. 2. Arthroitis genus. Kerato-Conjunctivitis duplex.

C. C. G. Klempner, 21 Jahre alt. 31. März 1883. Aufgenommen ins Spital. Vor 1/2 Jahre Gonorrhoea Nr. 1, welche ambulatorisch

behandelt wurde; zu gleicher Zeit Röthe und Irritation des rechten Auges und Anschwellung mit Empfindlichkeit des linken Knies, welche beide Affectionen doch in keinem bedeutenden Grad vorhanden waren, und sich ohne eigentliche Behandlung wieder verloren. Vor 14 Tagen kam wieder ein purulenter Ausfluss aus der Urethra und vor 4 Tagen zeigte sich eine Röthe und Lichtscheu beider Augen, ferner vor 2 Tagen Anschwellung des linken Knies mit Schmerzen. Bei der Aufnahme ins Spital fand sich ein spärlicher, mucopurulenter Ausfluss aus der Urethra, starke Conjunctivitis duplex mit reichlicher, purulenter Secretion. Das linke Kniegelenk sehr geschwollen, die Kapsel stark gespannt zu fühlen, aber die Empfindlichkeit war nur gering, und das Knie liess sich ein wenig über einen rechten Winkel flectiren.

2. April. Temp. 38·1, 38·2. Keine Schmerzen, aber bedeutende Ansammlung in der ganzen Kapsel, so dass die Patella keinen Anschlag geben kann; Punctur mit Aspiration, wodurch sich 117 Gramm von gelblichgrüner, klebriger, trüber Flüssigkeit von alkalischer Reaction ausleerten; durch das Mikroskop sah man zahlreiche, purulente Leucocythen. — Appreturbandage wurde angelegt. In den ersten Tagen klagte er über Schmerzen in der Unterextremität, dadurch veranlasst, dass die Bandage ein wenig zu stramm angelegt war; es entstand ein geringes Oedem am Fusse, aber weil die Temperatur normal war, liess ich die Bandage ungerührt, und die Schmerzen liessen bald nach. Er befand sich wohl, ass mit Appetit, die Conjunctivitis fing an zu schwinden, aber die Temperatur blieb etwa 38°, gewöhnlich ein wenig höher.

13. April. Nahm die Conjunctivitis am rechten Auge zu und es zeigte sich ein Infiltrat in der Cornea.

Am anderen Tage entstand ein ähnliches an der linken Cornea, und an beiden Orten bildeten sich oberflächliche Ulcerationen.

17. April. Temp. 37·7, 37·8. Wurde die Bandage entfernt, es zeigte sich keine Ansammlung, noch Schmerz im Knie.

21 Tage später liess sich doch wieder eine geringe Ansammlung constatiren, die indess nach 8 Tagen ohne sonstige Behandlung als Compressionsbandage wieder dahinschwand. Die Ulcerationen an der Cornea heilten völlig ohne Flecke zurückzulassen; die Conjunctivitis schwand, und als er am 12. Mai entlassen wurde, war der Zustand des Knies, bis auf eine geringe Verdickung der Kapsel, normal; der Gang war frei, forcirte Flexion jedoch nicht ganz ermöglicht.

Syphilis-Gonorrhoea. Arthroitis genus dextr.

E. M. H. vierzehnjähriges Mädchen. Erster Coitus vor 3—4 Wochen; vor 14 Tagen fühlte sie Hautlosigkeit an den Genitalien. Die Untersuchung derselben gibt folgendes Resultat:

An der inneren Seite des rechten Labium min. findet sich eine oberflächliche nicht indurirte Excoriation; am Anus excoriirte Papeln; aus der Urethra lässt sich ein purulentes Secret ausdrücken, und im Orificium urethrae findet sich eine längliche, sehr irritable, vascularisirte Geschwulst, kaum von der Grösse eines Hanfsamens. Hymen adest. Geschwulst der Glandel in Inguina und an den Seiten des Halses; keine Hautefflorescenz; keine Affection der Mundhöhle oder Fauces. Eine Masse von Pediculi im Haupthaar, geringes Eczem im Gesicht. Die geistigen Fähigkeiten der Patientin nur schwach entwickelt.

Rp. Inject. nitrat. argentic. (1—300)
Aquae calcis chlorat. (zur Verbindung der Papeln).

29. Jänner. Temp. 40·4, 38·4. Seit gestern befindet sich die Patientin übel; hat Kopfweh, Schmerzen im linken Hypochondrium, Uebelkeit, Erbrechen, keinen Schlaf, natürlichen Stuhlgang. Man gewahrt heute fast über die ganze Haut eine Efflorescenz von kleinen Roseolae.

31. Jänner. Temp. 38·4, 38. Die Efflorescenz ist geschwunden, einige Flecke an den Unterextremitäten und am Rücken ausgenommen. Das Befinden im Ganzen besser; noch immer Schmerzen im Hypochondrium. Die Stethoskopie normal.

1. Februar. Temp. 38·4, 39·4. Klagt über Schmerzen am linken Knie, wo doch nichts Abnormes zu entdecken ist.

2. Februar. Temp. 39·4, 38. Gestern Nachmittag hat das Knie anzuschwellen begonnen; die Schmerzen sind nun stark, die Bewegung gehemmt, sehr bedeutende Ansammlung und Empfindlichkeit. Die Extremität wird im Knie halb flectirt gehalten.

Rp. Gouttière
Eisbeutel.

3. Februar. Temp. 39·4, 38·3. Grössere Ruhe im Knie; die Ansammlung hat zugenommen. Heute Morgen ziemlich starkes Nasenbluten.

4. Februar. Temp. 39·4, 38·2. Später kein Nasenbluten. Unter Chloroformnarkose Punctur, wodurch theils mittelst Aspiration, theils mittelst eines dickeren Troicart ohne Aspiration etwa 60 Gramm von

einer stark fahlen, faserigen, dickfliessenden, klebrigen, grünlichbraunen Flüssigkeit, von alkalischer Reaction entleert wurden, welche durch das Mikroskop purulente Leucocythen in grosser Menge aber keine Gonococcen enthaltend zeigt; Appreturbandage.

5. Februar. Temp. 38·4, 38. Keine Schmerzen, nur einige Unruhe im Knie.

In den folgenden Tagen blieb die Temperatur ungefähr wie am 5. Februar, stieg aber dann bis über 39° des Abends und bis gegen 39° des Morgens. Die Schmerzen im Knie kamen wieder und am 9. Februar wurde die Bandage geöffnet, wo sich dann die Ansammlung in eben dem Grade wie früher reproducirt zeigte. Die Extremität wurde dann in Gouttière angebracht, Eisbeutel auf dem Knie, worauf die Schmerzen ziemlich nachliessen, doch nur um einige Tage später zu einer sehr bedeutenden Höhe zu steigen, während die Ansammlung zugleich zunahm. Die Empfindlichkeit war eine sehr bedeutende und die Haut über dem Knie begann roth zu werden.

14. Februar. Wurde sie in die chirurgische Abtheilung (Prof. Studsgaard) verlegt. Denselben Tag wurde zu beiden Seiten der Patella eine antiseptische Incision mit Ausleerung einer, der früheren ähnlichen, Flüssigkeit gemacht. Die Kapsel wurde mit Sublimatauflösung gründlich ausgespült ($1^0/_{00}$); es wurde durchgehende Drainage eingelegt, Sublimatverband und Poplitealschiene angelegt. Die Ansammlung reproducirte sich nicht; die Drainröhren liessen sich bald entfernen; die Wunden heilten, aber es bestand noch immer eine bedeutende Verdickung der Kapsel und stark gehemmte Beweglichkeit mit starken Schmerzen, wenn eine Flexion versucht wurde.

14. Mai. Sie liegt noch immer in der Abtheilung, während die Besserung des Knies langsam fortschreitet.

Gonorrhoea Nr. 1. Arthroitis genus dextr. et digiti III. sin. et humeri dextr.

28. Februar 1884. C. E. 29jähriger Arbeiter. Wurde 28. Februar aufgenommen. Der Patient litt bei der Aufnahme an einem leichten Delir. trem. Als er die Nacht gut geschlafen, bekam man den anderen Tag zu wissen, dass er seit einem Monat an Gonorrhoea und seit ungefähr 14 Tagen an Schmerzen im Knie leide, nachdem er früher in der rechten Schulter Schmerzen gefühlt.

Es ist jetzt reichlicher, purulenter Ausfluss aus der Urethra; eine

Menge Condylome am Präputium; im rechten Knie bedeutende Ansammlung; Schmerzen bei Berührung und Bewegung; im rechten Schultergelenk beim Druck mehrere schmerzhafte Punkte, doch scheint hier keine Ansammlung zu sein. Tremor und Agilität bedeutend. Temp. 38·3, 38.

Rp. Inj. hypermang. kalici.
Epithema tepid. genus.
Syrup. hydrat. chloralis vespere.

Weil sich die Temperatur auf etwa 39° behauptete und weil die Ansammlung im Knie nicht abnahm, wurde am 3. März Punctur und Aspiration gemacht, wodurch indess nur 30 Gramm von trüber, grünlicher, neutraler Flüssigkeit sich ausleerten; das Mikroskop zeigte darin zahlreiche, purulente Leucocythen, aber keine Gonococcen; Appreturbandage.

4. März. Temp. 38·5, 37·6. Wohlbefinden; keine Schmerzen.

5. März. Temp. 38, 37·8. Die Bandage wird, weil sie zu lose liegt, gewechselt. Es findet sich noch immer einige Ansammlung, aber keine Empfindlichkeit des Knies.

10. März. Temp. 39·5, 37·5. Gestern Abend kamen starke Schmerzen in das Knie, weshalb heute die Bandage entfernt wird. Die Ansammlung ist wachsend, worauf die Schmerzen nachlassen; Eisbeutel.

20. März. Kamen heftige Schmerzen in den 3. Finger der linken Hand, wo die Articulation zwischen der ersten und zweiten Phalanx angeschwollen und schmerzhaft war; Epithema tepid.

Diese Affection schwand bald wieder dahin, während die Ansammlung im Kniegelenke so ziemlich unverändert blieb. Das Befinden im Ganzen hingegen war gut, die Temperatur normal.

14. April. Begannen wir eine tägliche Massage des Fingergelenks, und als er am 16. Mai entlassen wurde, war nur noch unbedeutende Ansammlung und Verdickung der Kapsel übrig, während die Functionen des Gelenks frei waren; Empfindlichkeit des Schultergelenkes und des Fingers längst vorüber. Kein Ausfluss aus der Urethra.

Synovitis genus.

N. P. L. Arbeiter, verheiratet, 36 Jahre alt, wurde am 1. April 1882 in die chirurgische Abtheilung aufgenommen. Der Patient bekam vor 8 Wochen seine dritte Gonorrhoea und wurde vor einer Woche aus dem Spitale entlassen; während seines dortigen Aufenthalts hatte

er Anschwellung und Schmerzen im linken Fussgelenk gehabt. Vor 3 Tagen bekam er ohne äussere Veranlassung Anschwellung mit Schmerzen im linken Kniegelenk. Es findet sich jetzt eine sehr bedeutende Ansammlung im linken Knie, welches in der Circumferenz 42 Ctm. misst (das rechte Knie 37 Ctm.). Eine Verdickung der Kapsel oder der periarticulären Gewebe lässt sich nicht fühlen; die Integumente zeigen nur sehr geringe Empfindlichkeit Druck gegenüber. Er kann activ das Knie bis 90° beugen. Kein Ausfluss aus der Urethra. Temp. 38·1.

4. April. Wurde antiseptische Punctur gemacht mit Ausfluss von 70 Gramm einer klaren, serösen Flüssigkeit. Irrigation mit Sol. acid. carbol. ($2^0/_0$); antiseptische Bandage; Poplitealschiene.

8. April. Wurde der Verband gewechselt; die Ansammlung war in ziemlich bedeutendem Grade reproducirt, aber schlaff. Durch Behandlung mit Compression mittelst elastischer Binde und später durch Massage schwand die Ansammlung und er ging ohne Schmerzen. Es wurde während seines Aufenthaltes im Spitale kein Ausfluss aus der Urethra constatirt.

Gonorrhoea. Synovitis genus (rheumatica).

J. J. Arbeiter, 47 Jahre alt, wurde am 30. Jänner 1881 in die chirurgische Abtheilung aufgenommen. Der Patient hat vor 23 Jahren eine Contusion des linken Knies erhalten; später, bei strenger Arbeit, ist dieses Knie immer angeschwollen. Er ist seit 3 Wochen Patient in der Abtheilung des Spitals für venerische Krankheiten, an Gonorrhoea und Schmerzen im Knie leidend; ist hier mit Vesicatorien behandelt worden. Es ist jetzt kein Ausfluss da, dagegen eine ziemlich bedeutende Ansammlung im rechten Knie, so dass die Furchen längs der Patella ganz verwischt sind. Die Kapsel ist nur in geringem Grad verdickt. Am 1. Februar wurde Punctur des Kniegelenks gemacht, ein Ausfluss von circa 50 Gramm einer klaren, gelblichen, synoviaartigen Flüssigkeit; danach Ausspülung mit Carbolauflösung ($2^0/_0$) und Anlegung einer festen Bandage. Am anderen Tage bekam er Schmerzen im Nacken und in den Schultern, wo doch nichts Abnormes zu fühlen war. Reichlicher Schweiss; Temp. 40, 38·5. Diese Schmerzen verloren sich schnell und das Knie war ebenfalls ohne Schmerzen. Die Bandage wurde am 6. Februar entfernt; es war dann wieder bedeutende Ansammlung im Knie.

Synovitis chronica genus.

P. P. verheirathete Frau; 36 Jahre alt. Aufgenommen am 25. October 1881 in die chirurgische Abtheilung. Leidet seit 6 Jahren an Rheumatismus mit Schmerzen in den Gelenken, Empfindlichkeit und Steifheit. In den letzten Jahren ist das rechte Knie fortwährend angeschwollen; bei Bewegung Schmerzen. In der letzten Zeit sind die Schmerzen allmählich gewachsen. Es findet sich nur im rechten Knie eine ziemlich bedeutende Ansammlung; die Integumente sind normal; grosse Empfindlichkeit und Schmerzen bei Bewegung. Geringe Ansammlung auch im linken Kniegelenk. Empfindlichkeit und Schmerzen bei Bewegung beider Schulter- und Handgelenke; auch einige Fingergelenke sind angegriffen.

28. October. Wurde Punctur des rechten Kniegelenks gemacht; Ausleerung von etwa 30 Gramm von gelbem, klarem Serum, wonach die Kapsel als etwas verdickt anzufühlen war. Ausspülung mit Carbolauflösung. Feste Bandage. Den 2. November wurde die Bandage entfernt; es war dann geringe, schlaffe Ansammlung.

Gonorrhoea Nr. 1. Arthroitis genus duplex.

27. Mai 1884. J. J. 47jähriger Arbeiter. Aufgenommen am 27. Mai 1884. Der Patient hat seit 8 Tagen Gonorrhoea. Gestern kamen Schmerzen im rechten Kniegelenk, dann im rechten Fussgelenk vor und heute ist noch eine Anschwellung mit Schmerzen im linken Kniegelenk hinzugetreten. Es findet sich nun eine stark gespannte Ansammlung im rechten Knie; die Haut über demselben ist heiss und roth; grosse Empfindlichkeit vor Druck. Auch im linken Kniegelenk ist eine nicht geringe Ansammlung mit einiger Empfindlichkeit verbunden; ausserdem findet sich einige Empfindlichkeit um den rechten Knöchel, jedoch ohne dass diese Articulation angeschwollen zu sein scheint. Muco-purulenter Ausfluss aus der Urethra, und durch das Mikroskop sieht man Gonococcen in spärlicher Anzahl. Bei ruhigem Lager befindet er sich wohl. Kein Schweiss: Temp. 37·6. Der Urin hell, klar ohne Bodensatz von Uraten. Er hat nie früher an irgend einer Art von Rheumatismus gelitten, wie solche Fälle auch in seiner Familie nicht vorkommen. Antiseptische Punctur mit Aspiration des rechten Kniegelenks, wodurch wir 100 Gramm einer zähen, gelblichgrünen, faserigen, schwach alkalischen Flüssigkeit ausleerten, in welcher mittelst des Mikroskops Massen von weissen Blutkörpern gefunden

wurden; dagegen keine Gonococcen. Die Articulation wurde zu wiederholten Malen mit Sublimatauflösung ($1^0/_{00}$) ausgespült und es wurde angelegt: Appreturbandage mit Poplitealschiene.

5. Juni. Antiseptische Punctur mit Aspiration wurde am linken Kniegelenk gemacht, wodurch ungefähr 100 Gramm von einer der aus dem rechten Knie völlig entsprechenden Flüssigkeit entleert wurde. Auch in dieser Flüssigkeit konnten wir keine Gonococcen erweisen. Die Ansammlung reproducirte sich im linken Knie, im rechten aber nicht. Dieselbe schwand unter Behandlung durch Immobilisation und Eisbeutel nach einigen Tagen wieder. Der Patient liegt noch im Spital.

Synovitis genus. Febr. rheumat. (?)

N. J. 64jähriger Bäckergeselle. In die chirurgische Abtheilung aufgenommen. Keine Genitalaffection, kein vorausgegangenes Trauma. Das Leiden begann vor 4 Tagen mit Anschwellung und Schmerzen des Knies. Dieselben wuchsen und er suchte das Spital. Das rechte Knie ist der Sitz einer bedeutenden Ansammlung und ist 4 Centimeter dicker als das linke; einige Empfindlichkeit; die Bewegungen beschränkt.

15. November. Wurde Punctur gemacht, wodurch sich eine klare, gelbe Synovia ausleerte. Die Kapsel wurde mit Carbolwasser ausgespritzt. Am anderen Tage war die Temp. 39·5, 38·5 und er fühlte keine Schmerzen; aber dann entstanden bei starkem Fieber und reichlichem Schweiss Schmerzen und Anschwellung des linken Fussgelenks. Er bekam Salicylsäure, worauf sie nach einigen Tagen schwanden.

20. November. Die Bandage wurde entfernt und es war keine Ansammlung da.

Ueber Syphilis haemorrhagica neonatorum.

Von

Dr. Ejnar Petersen,

Kopenhagen.

Im letzten Hefte dieser Vierteljahresschrift hat Herr Dr. Behrend, veranlasst durch meinen kleinen Artikel über Syphilis haemorrhagica neonatorum, die wichtigsten Abschnitte aus seiner früheren Abhandlung in „Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin" 1878 wiederholt, damit Jeder sehen könne, dass meine Einwendungen gegen seine Fälle ganz hinfällig seien. Es ist mir vielleicht gestattet, ganz in Kurzem zu präcisiren, weshalb ich Dr. Behrend's Fälle für weniger überzeugend betrachte, indem ich gleichzeitig einige Ungenauigkeiten, deren sich Herr B. schuldig gemacht hat, corrigire.

Dr. Behrend beschwert sich darüber, dass ich, sowie die meisten anderen Referenten, nicht seine Artikel in „Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin" benützt habe. Ich räume gern ein, dass es stets das beste ist, sich der Originalmittheilungen zu bedienen, muss jedoch zu meiner Entschuldigung anführen, dass in meinem Wohnorte mir nicht alle Zeitschriften zugänglich sind. Und wenn Dr. B. von „der mir (B) unbekannten Quelle" spricht, so geschieht dies kaum mit Recht, denn ich benutzte, wie dies auch deutlich aus meinem Artikel hervorgeht, den Auszug aus der Discussion über Syphilis haemorrhagica neonatorum in der Berliner medicinischen Gesellschaft, welcher in der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlicht wurde.

Ich will nun jeden einzelnen Fall für sich durchgehen:

Fall I. Ein Kind wird mit einem Schuppensyphilid geboren. Die Leber zeigte sich beträchtlich vergrössert, ihr freier Rand

war in der Seite dicht über der Crista ilei und vorn einen Querfinger breit über dem Poupart'schen Bande zu fühlen. Der Umfang der Milz überstieg gleichfalls beträchtlich die Norm und konnte als harter, fester Körper bis an die Crista ilei deutlich verfolgt werden ... Nach einer Anzahl von Sublimatbädern schwand das Hautsyphilid, indess es traten am Abdomen, besonders in den Inguinalgegenden beiderseits stecknadelkopfgrosse Petechien auf ... Weshalb aber hier Syphilis haemorrhagica annehmen? Eine so bedeutende Vergrösserung der Leber mit daraus folgenden Stauungen im Gebiete der Pfortader genügt in der That, um das Auftreten der Petechien zu erklären.

Fall II. Das Kind war ausgetragen, konnte aber nach zwei schnappenden Athemzügen nicht zum Athem gebracht werden. Auf dem ganzen Körper waren Ecchymosen zu sehen; bei der Section[1]) fand man die Lungen luftleer, zahlreiche Gummiknoten in den Lungen, und bei den Epiphysengrenzen die von Wegener beschriebene Kalkinfiltration. Dieser Fall war augenscheinlich der, auf welchen Dr. B. selbst das grösste Gewicht legt. „Die Verhältnisse, unter denen die Purpuraflecke auftraten, können keinen Zweifel über ihren inneren Zusammenhang mit der syphilitischen Dyscrasie aufkommen lassen". Hierzu will ich doch bemerken, dass bei Todtgeburten oder bald nach der Geburt sterbenden Kindern Ecchymosen der Haut, der Lungen und des Herzens nicht selten zu finden sind, entstanden z. B. durch Compression der Nabelschnur, wodurch die Placentarrespiration aufgehoben wird; dass eine solche Compression in einem Zeitpunkt der Geburt stattgefunden hat, ohne dass man dies bemerken konnte, ist leicht möglich. Und da das Kind ausgetragen, nicht kachektisch war, aber luftleere Lungen hatte, ist es weit natürlicher, eine solche Todesursache als Syphilis als die Todesursache anzunehmen.

Fall III. Zwei syphilitische Eltern erzeugten im Jahre 1874 einen siebenmonatlichen, kachektisch aussehenden Knaben, der

---

[1]) B. sagt, „es ist ihm (P.) sogar eine Unrichtigkeit begegnet, wenn er behauptet, mir habe keine Section vorgelegen" und an einer anderen Stelle: „nach Durchlesung dieses Sectionsprotokolles wird Herr Dr. P. seine Behauptung, dass von meinen Fällen keine Section vorliege, wohl zurücknehmen müssen". Ich habe aber nur gesagt, dass bei mehreren der von B. angeführten Fälle keine Section vorliege.

acht Tage alt, an Nabelblutung starb. Dieselben Eltern erzeugten im Jahre 1876 ein nicht kachektisches Kind, das am fünften Tage nach der Geburt, einen Tag nach dem Abfall des Nabelschnurrestes, eine Blutung aus dem wenig eiternden Nabelhöcker bekam, indem das Blut tropfenweise aus demselben hervorsickerte. Das Kind genas, starb jedoch an Diarrhöe fünf Monate alt. Dieselben Eltern hatten im Jahre 1877 ein kachektisches Kind, das an Nabelblutung und Blutung aus dem After verstarb. Von diesen drei Kindern waren also zwei kachektisch, das dritte zwar nicht, doch ist es möglich, dass Organfehler vorhanden waren, da das Kind nicht secirt wurde.

Diese Fälle sind es, welche Dr. B. überzeugend genug findet, um daraus den Begriff Syphilis haemorrhagica neonatorum aufzustellen. Ich finde dies nicht, nun müssen die Leser entscheiden. Deshalb schrieb ich: so lange nicht bessere Beispiele vorliegen, so lange man nicht eine bestimmte Blutanomalie oder eine charakteristische Gefässkrankheit bei Kindern mit congeniter Syphilis nachgewiesen hat, so lange sei kein Grund vorhanden, eine Syphilis haemorrhagica neonatorum aufzustellen. Und wenn Dr. B., um die Ursache dieser Blutungen zu erklären, zu dem Schlusse kommt, „dass wir es hier mit einer durch das Syphiliscontagium bedingten Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und einer durch dieselbe Schädlichkeit bedingten grösseren Fragilität der Gefässwände zu thun haben“, finde ich es nicht so „mystisch“, wenn ich diese Erklärung eine Hypothese und kein Factum nenne.

Zum Schluss nur dies: der Zweck meines Artikels war nur der, einen Zweifel zu äussern über die Berechtigung, eine Syphilis haemorrhagica neonatorum aufzustellen — und diesen Zweifel hege ich noch.

Aus der Klinik des Professor Eduard Lang in Innsbruck.

Ueber das Verhalten der Milz bei beginnender Verallgemeinerung der Syphilis.

Von

Dr. A. v. Avanzini,

Assistenten an der Klinik in Innsbruck.

Das Auftreten von Papeln an den Schleimhäuten, namentlich des Mundes und Rachens, oder der Ausbruch eines maculösen Exanthems an der Haut galt bislang allgemein als das erste Zeichen der constitutionellen Syphilis bei einem mit einer ausgesprochenen Initialmanifestation behafteten Individuum. Diese Ansicht ist nun vielfach hinfällig geworden, denn die klinischen Beobachtungen der letzten Zeit haben unzweifelhaft dargethan, dass Verschleppung des Syphiliscontagiums durch das Blut in die verschiedensten Organe und Gewebe zu einer Zeit erfolgt ist, bevor wir in der Lage sind, sichere Zeichen von constitutioneller Lues bei der äusseren Untersuchung des Körpers wahrzunehmen.

Der Grund, dass diese Thatsachen, die ja jetzt allgemein anerkannt sind und keiner speciellen Begründung mehr bedürfen, der klinischen Beobachtung vielfach entgingen, dürfte ein mehrfacher sein. Zunächst sind diese Störungen ihrer Natur nach häufig keine derartigen, dass sie sofort in die Augen springen, oder sie belästigen auch das betroffene Individuum nicht; dann gestattet der Situs der uns in speciellem Falle interessirenden Organe und Gewebe fast durchwegs keine daraufhin abzielende genaue und einwurfsfreie Untersuchung, wozu noch kommt, dass der positive pathologisch-anatomische Nachweis durch die Section und das Mikroskop in den seltensten Fällen zu erbringen ist; in dritter

Linie können Organerkrankungen bei Syphilitischen zufällig bestehen, die in keinerlei Zusammenhang mit dem constitutionellen Leiden zu bringen sind.

Gerade deshalb berechtigt uns eine vorurtheilsfreie, nach allen Seiten hin abgeklärte Würdigung der vorliegenden, mit gewissenhafter Sorgfalt und Umsicht verfolgten klinischen Beobachtungen gegebenen Falls zu einem bestimmten Rückschlusse auf die Natur der gesetzten Störung, wozu manchmal der Erfolg der eingeleiteten Therapie einen nicht zu unterschätzenden Behelf an die Hand geben mag.

Ueber das Verhalten der Milz bei frischer Syphilis liegen nur einzelne wenige Beobachtungen vor und wurde dasselbe auch in den letzten zehn Jahren nicht weiter verfolgt. Professor Lang veranlasste mich daher, dieser Frage nachzugehen und ihr meine Aufmerksamkeit zu schenken.

Ich habe nun auf der Klinik 30 Individuen, die mit frisch acquirirter Sclerose oder bereits bestehenden Formen von Syphilis in Behandlung traten, darauf hin untersucht und erwähne, dass ich mein Augenmerk nur darauf richtete, ob in diesem Stadium eine Intumescenz der Milz zweifellos vorkommt und habe überdies der Wirkung der Therapie meine Aufmerksamkeit zugewendet.

Es wurden die Patienten bei ihrer Aufnahme genau an sämmtlichen Organen untersucht, um eventuell eine auf einer anderen Ursache, und deren gibt es ja viele, basirende Milzanschwellung ausschliessen zu können. Besondere Rücksicht wurde in der Anamnese auf Typhus und Intermittens genommen und der Gesammtconstitution des Patienten die vollste Beachtung geschenkt.

Die Untersuchung (Percussion) der Milz wurde in der aufrechten Stellung und in der rechten Seiten (Diagonal)-Länge vorgenommen und die Grenzen der Milz beim Eintritt möglichst genau festgestellt, wobei dem Füllungszustande des Magens und Darmes und dem Stande der unteren Lungengrenze und deren Verschiebbarkeit die unumgänglich nöthige Berücksichtigung zu Theil wurde. Die Untersuchung wurde zweimal wöchentlich streng methodisch durchgeführt und auch sonst häufig wiederholt und controlirt, um einem Irrthum möglichst vorzubeugen, zumal die

Percussion der Milz nicht zu den leicht zu lösenden Aufgaben gehört und zeitweilig unüberwindbare Schwierigkeiten bietet.

Ich habe nun unter diesen 30 Fällen achtmal das Vorhandensein, resp. Auftreten eines Milztumors positiv nachweisen können.

In vier Fällen, wo der Milztumor gleich beim Eintritte diagnosticirt werden konnte, ist laut Anamnese eine Erkrankung an Intermittens vorausgegangen; bei dreien hatte die Therapie keinen Erfolg, und nur bei einem unter diesen vier Fällen wurde ein Rückgang der Milzschwellung unter dem Einflusse der Therapie beobachtet.

Der betreffende Fall, bei dem die Milzschwellung zum Theil durch die Syphilis bedingt sein konnte, ist folgender:

I. R. A., 25 Jahre alt, Bahnarbeiter, trat am 1. December 1883 in klinische Behandlung. Im Alter von 16 Jahren litt er an Wechselfieber und wurde mit Chinin behandelt; nach 6 Wochen blieben die Anfälle (Tertianer) für immer aus; sonst stets gesund. Letzter Coitus vor 7 Wochen; 14 Tage später trat Schwellung der Vorhaut und eitriger Ausfluss aus dem Präputialsacke ein, die Vorhaut liess sich nicht mehr reponiren; nach einiger Zeit stellten sich Drüsenschwellungen in den Leistenbeugen ein. Im Zamser Spitale wurde der Präputialsack behandelt ausgespült und die Leistengegend mit einer Salbe eingerieben; er verblieb dort 10 Tage und bat bei uns um die Aufnahme.

St. präs.: Patient gross, gut genährt; am behaarten Kopfe einzelne kleine circumscripte impetiginöse Efflorescenzen; die Schleimhaut des Gaumens und die Tonsillen geröthet; an der Haut des Stammes und auch an den Extremitäten ist ein nicht sehr reichlich entwickeltes maculöses Syphilid wahrnehmbar; am Vorhautrande, oben rechts, ein erbsengrosses erodirtes Infiltrat, die Vorhaut phimotisch nicht reponibel; aus dem Sacke quillt eitriges Secret, das innere Vorhautblatt im ganzen Umfange sclerosirt, knorpelhart durchzufühlen, das dorsale Lymphgefäss hochgradig knotig verdickt, die Leistendrüsen, namentlich rechts, bedeutend geschwellt; die inneren Organe gesund; die Milz jedoch ist vergrössert, und zwar beginnt die Dämpfung in der mittleren Axillarlinie über der dritten Rippe und reicht nach vorne 2 Ctm. über die Costoarticularlinie hinaus; nach unten ist das Organ nicht gut abgrenzbar.

3. December. Verlauf: Ausspritzungen des Vorhautsackes mit sehr schwacher wässriger Sublimatlösung, 2mal täglich, Einstreichen von grauer Salbe und Eindecken des Gliedes mit Empl. ciner.; Jodirung der Drüsen und Injectionen einer Spritze 3%iges Hydr. formam. solut., Gargarisma.

Am 5. December wurden statt der Injectionen 2·00 Ungt. ciner. zur Inunction pro die verordnet.

Am 11. December. Sclerose, Syphilid und Drüsen in Rückbildung; dieselbe Therapie.

18. December. Aussetzen der Inunctionen wegen Salivation; Phimosenoperation, Heftnaht; am 20. December Nähte entfernt; prima intentio; der Process in fortschreitender Rückbildung.

26. December. Patient inungirt wieder; Syphilis geschwunden, Drüsen stark rückgebildet.

2. Jänner. Inunctionen neuerdings ausgesetzt.

Am 8. Jänner wurde Patient, da die äusseren Symptome geschwunden waren, entlassen.

Das Verhalten der Milz gestaltete sich hiebei folgendermassen: Nachdem die Milzgrenzen, die mit dem Lapis vorgezeichnet waren, lange dieselben blieben, konnte man erst bei der 15. Inunction eine ganz geringe und später eine weitere Einengung der Grenzen constatiren.

Am 2. Jänner beginnt die Dämpfung am oberen Rande der IX. Rippe, in der mittleren Axillarlinie und überschreitet sie nach vorne nur mehr um ein Geringes die von der Articulatio sternoclavicularis sinistra zur Spitze der XI. Rippe gezogene Linie und bleibt die Grenze constant, auch noch bei seiner Entlassung. Patient hatte 23 Inunctionen und 2 Spritzen 3% Formamidlösung erhalten.

Ausserdem fand ich einen bedeutenden Milztumor bei einem an Sclerose und ausgebreitetem kleinpapulösem Syphilid behafteten Patienten bei seiner Aufnahme; derselbe entzog sich aber eigenmächtig der weiteren Beobachtung.

In drei Fällen wurde das Auftreten eines Milztumors unter unseren Augen beobachtet; von diesen will ich kurze Krankengeschichten beigeben.

II. E. A., Schneider, eingetreten den 27. November 1883, war immer gesund und hat vor 14 Tagen angeblich zum letzten Male coitirt, seit 8 Tagen bemerkt er schmerzhafte Geschwüre am Gliede.

St. präs.: Derselbe ist mittelgross, gut genährt; allgemeine Decke und sämmtliche Organe gesund. Milz nicht vergrössert. Am inneren Vorhautblatte linkerseits erscheinen zwei deutlich getrennte, oberflächlich exulcerirte Sclerosen eingelagert; dorsale Lymphgefässe des Penis knotig verdickt; die Leistendrüsen besonders links vergrössert.

Verlauf: Die Geschwüre werden mit Empl. ciner. bedeckt, die Drüsen jodirt; die linken Leistendrüsen schwellen mehr an.

Am 15. December tritt ein maculöses Syphilid zu beiden Seiten des Stammes auf.

Am 18. December ist die Uebernarbung der Sclerosen vollendet.

Am 21. December treten leichte Fieberbewegungen auf, die Gesichtszüge des Patienten sind verfallen, derselbe klagt über quälende Schmerzen da und dort; eine eingehende Untersuchung constatirt eine nachweisliche Vergrösserung der Milz, die Grenzen der Dämpfung erreichen nach einigen Tagen den oberen Rand der VIII. Rippe, überschreiten nach vorne um 3 Ctm. die Costoclavicularlinie und bleiben nun constant. In die schmerzhaften Stellen wird Quecksilberformamid eingespritzt.

Am 28. December nimmt das Syphilid sehr an Ausbreitung zu, die Pupille am rechten Auge ist auffallend erweitert; Milz bleibt vergrössert.

29. December 2·00 Ungt. ciner. pro die eingerieben.

Am 5. Jänner 1884 gehen die Fiebererscheinungen und subjectiven Beschwerden zurück und sind am 7. Jänner geschwunden.

Am 29. Jänner wird Patient auf Verlangen entlassen.

Das Syphilid ist geschwunden; die Sclerosen hatten sich bis auf geringe Residuen rückgebildet; Aussehen des Patienten wieder normal. Die Untersuchung der Milz lässt den Tumor noch in denselben Grenzen nachweisen. Patient hat 16 Inunctionen à 2·00 Ungt. ciner. gemacht, 8 Injectionen (à 1 Spritze) von 3% Lösung von Hydrarg. formamid. solut. erhalten und nachdem wegen beginnender mercurieller Intoxication noch 4 Gramm Jodkali innerlich genommen.

III. S. A. 29 Jahre alt, Taglöhner, 17. December 1883 aufgenommen hat mehrere Jahre als Stabshornist bei den Jägern gedient, war nie vorher erkrankt und hat vor 4 Wochen, angeblich zum letzten Male coitirt; 10 Tage später beobachtete er das Auftreten eines Geschwüres im oberen Antheile des inneren Vorhautblattes, das von

Schwellung der Vorhaut und Vergrösserung der Leistendrüsen begleitet war.

St. präs.: Patient klein, mässig gut genährt, allgemeine Decke und Schleimhäute gesund; die inneren Organe normal, die Milzgrenzen nicht erweitert. Am oberen Antheil des inneren Vorhautblattes erscheint eine pfenniggrosse, seicht exulcerirte und mit einem dünnen gangränösen Belage versehene Sclerose eingebettet; die Leistendrüsen, besonders links, erheblich geschwellt.

Verlauf: Nachdem die übliche Localtherapie eingeleitet war, tritt am 26. December ein maculöses Syphilid auf, während die Milz sich von oben nach unten leicht verbreitert erweist. Am 6. Jänner ist das Syphilid an den Seitentheilen des Thorax massig entwickelt; die Sclerose ist übernarbt; die Milzdämpfung grenzt nach oben an den unteren Rand der 8. Rippe, nach vorne ungefähr 2 Ctm. über die Costoclavicularlinie. Patient erhält Injectionen von 3°/₀ Hydrarg. formam. sul. Lösung und wird am 13. Februar 1884, nachdem Syphilid, Sclerose und Drüsenanschwellung zurückgegangen, entlassen.

Die Milzschwellung blieb bestehen, trotz 19 Injectionen obigen Präparates und konnte auch später, als Patient mit einem Recidive neuerdings (am 24. April 1884) in Behandlung trat, nachgewiesen werden.

IV. K. S. 45 J., Gärtner, Vater von 4 gesunden Kindern, trat am 26. März 1884 in Behandlung; er war immer ganz gesund und bekam vor 4 Wochen ein kleines Geschwür an der oberen Fläche der Eichel, das allmählich sich vergrösserte; Therapie wurde nicht eingeleitet.

St. präs.: Patient klein, ganz gut genährt; die Haut von Flohstichen übersät; Schleimhäute gesund; die Vorhaut des Gliedes ödematös, geröthet, paraphimotisch, der Vorhautrand circulär arrodirt und mit einem gelblichen Belage versehen; an der oberen Fläche der Eichel ist ein scharf begrenzter rundlicher, pfenniggrosser, in der Mitte sich etwas vertiefender Substanzverlust wahrnehmbar, dessen Rand und Grund sclerosirt erscheinen und letzterer überdies einen gelblichen Belag zeigt; die Eichelsubstanz in toto geschwellt; die Leistendrüsen beiderseits erheblich vergrössert; die Milz hat ihre normale Lage; auch der übrige Organismus ist gesund.

Verlauf: Patient erhält Empl. ciner. applicirt und die Drüsen

mit Jodtinctur bepinselt. Unter dieser Therapie geht die Schwellung zurück; die Sclerose und Erosionen überhäuten sich. Am 7. Mai klagt Patient über dumpfen, stechenden Schmerz in der linken Seite des Stammes; die sofort eingeleitete Untersuchung ergiebt nichts, doch zeigt sich in den folgenden Tagen eine leichte Schwellung der Milz, die bis zum 15. Mai zunimmt und an diesem Tage folgende Grenzen aufweist: Nach oben beginnt die Dämpfung am oberen Rande der VIII. Rippe, nach vorne reicht dieselbe bis zum Rippenbogen und geht nach unten bis zur XII. Rippe; zugleich zeigt sich ein an den Seitentheilen des Thorax und des Bauches auftretendes, spärlich entwickeltes, kleinpapulöses Syphilid, das auch weiterhin nicht sehr ausgebreitet erscheint. Am 27. Mai war die Milz in denselben Grenzen. Patient musste aus äusseren Gründen entlassen werden, bevor noch eine allgemeine Therapie eingeleitet wurde. Die Sclerose war übernarbt.

In den drei zuletzt erwähnten Fällen wurde also ein acut auftretender Milztumor zweifellos constatirt, und zwar ging derselbe zweimal mit dem Auftauchen des Syphilides gleichzeitig einher, im dritten Falle war derselbe bereits ausgebildet, bevor an der Haut die Verallgemeinerung der Syphilis zum Ausdrucke gelangte. Die eingeleitete Therapie hatte im 2. und 3. Falle auf die Rückbildung der Milz keinen Einfluss genommen, im letzten Falle wurde überhaupt keine angeordnet.

Für uns ist vorläufig das wichtigste zu wissen, dass die Milz bereits bei beginnender Verallgemeinerung der Syphilis eine Anschwellung zeigen kann.

Weitere Reflexionen an diese Thatsache anzuknüpfen, scheint vor der Hand aus verschiedenen Gründen nicht zulässig, eben so wenig als ich geneigt bin, das eventuelle Verschwinden des Milztumors bei einem Syphilitischen dahin zu verwerthen, dass dann die Syphilis zweifellos auch erloschen sei.

Die visceralen Formen der Syphilis hereditaria tarda.

Von Dr. **T. Barthélemy** in Paris.

Die Uebertragung der Syphilis durch Vererbung wurde von den ersten Zeiten an schon zugegeben, aber es handelte sich da um die congenitalen oder frühzeitigen Formen.

Ich will hier von jenen sprechen, die sich viel später zeigten, 3, 5, 10, 15, 20, 30 Jahre und sogar noch später.

Ich will die historischen Details übergehen, die ja Jeder kennt oder in extenso nachsuchen kann. Ich komme gleich an Hutchinson, der 1863 zuerst eine sehr wichtige Arbeit veröffentlichte, in der er zeigte, dass die krankhaften Erscheinungen der Augen, Ohren und Zähne dazu dienen können, die hereditäre Syphilis lange nach der Geburt zu erkennen.

Fournier hat im vorigen Jahre die Arbeiten gesammelt, die darüber erschienen sind, sowohl die von ihm selbst (Atrophie der Hoden), als auch von Andern: Parrot (Knochenerkrankungen), Drysdale, Jackson, Fox, Coupland, Dowse, Laskiewitsch, Lancereaux, Horand etc.

Fournier hat gezeigt, dass neun Zeichen es möglich machen, die Syph. hered. tard. zu erkennen und von der Syphilis, die in der Kindheit acquirirt wurde, zu unterscheiden. Wenn man diese Zeichen studirt, sieht man, dass die Syph. her. tard. häufig ist.

Bei solchen Individuen findet man oft Visceral-Erkrankungen, viel häufiger, als bei anderen Individuen und man findet Visceral-Erkrankungen ohne andere annehmbare Ursache als die Syphilis. So wird man bei den Erkrankungen der Leber z. B. weder Malaria, noch Alkoholismus, noch irgend eine andere

Ursache bei Leuten im Alter von 3 bis 18 Jahren finden, aber die Zeichen der Syph. her. kann man sehen. Die Visceral-Erkrankungen, die man beobachtet hat, sind folgende:

1. Zuerst die Meningitis. Es gab da alle Zeichen der tuberculösen Meningitis während des Lebens: Partielle Paralysen, Contracturen, Coma. Bei der Autopsie findet man keine Tuberculose; bei den Eltern, Verwandten gab es keine Tuberculose. Bei der Autopsie findet man entweder miliare Gumma oder Fälle mit ausgebreitetem Gumma, wie bei den Fällen von Dowse, Fournier und mir, oder auch allgemeine Sclerose aller Meningen,

extra—encephalisch,
intra—ventricularisch } wie in den

Fällen von Cadet de Garnicourt und Dreifouss. Aber, Gumma und Sclerose, das ist, wie man weiss, der Process der Syphilis.

2. In anderen Fällen gab es keine meningitischen Symptome, aber Cerebralstörungen und Anfälle von Eclampsie, Epilepsie, Kopfschmerzen, die Allem Widerstand leisteten, partielle Paralysen und selbst Wahnsinn oder auch Idiotismus. Alles Zeichen der Sclerose oder Cerebralatrophie; ferner findet man bei solchen Leuten auch noch Syphilis der Eltern und eine gewisse Zahl der Zeichen, die Fournier angab.

Fügen wir nun noch zu diesen Fällen die unstreitigen Heilungen hinzu, die wir durch eine Syphilis-Behandlung in wirklich verzweifelten Fällen erhalten haben; dann schliessen wir auf die Existenz meningitischer Zustände, anscheinend Mening. tuberc. oder von Cerebralzuständen, Alles das aber hervorgerufen durch Syphil. her. tard.

Daher, wenn man sich erinnert, dass Fälle von Men. tuberc. veröffentlicht werden, wo die Heilung durch Quecksilber in grossen Dosen erzielt wurde, schliesst man auf Syph. her. der Meningen.

Also in den Fällen, in denen schon längst die Heilung der Meningitis durch Calomel bekannt war, wirkt das Calomel, nicht die Constipation bekämpfend, nicht die Entzündungstendenz des Blutes vermindernd, sondern es wirkt wie Quecksilber, die Syphilis überwindend.

Aber was ich eben von dem Gehirne gesagt habe, kann ich auch von den anderen Eingeweiden sagen:

3. z. B. von der Lunge, wo Zeichen von Cavernenbildung erscheinen, ohne dass das Kind tuberculös ist. Aber man heilt diese Krankheiten durch die Syphilisbehandlung und die Eltern sind syphilitisch und das Kind zeigt die Zeichen der Syph. her.

Ein Fall wurde im August von Gaucher veröffentlicht. Die Hutchinson'schen Zähne haben die Aufmerksamkeit meines Freundes Gaucher erregt; denn das Kind war für phthisisch gehalten und vergebens behandelt worden. Es ist heute, nach einigen Monaten, geheilt durch die gemischte Syphilisbehandlung.

4. Die Nieren. Ich möchte dasselbe von ihnen sagen. Viele Aerzte, zumal Engländer, haben bemerkt, dass Kinder syphilitischer Eltern im 2. Jahre unter den Symptomen von Nierenkrankheiten, Anasarca, Urämie etc. starben.

Hutinel hat mit dem Mikroskope miliare Gumma rings um die Gefässe gefunden oder vielmehr Nephritis interstitialis, ohne dass Saturnismus, Gicht, Alcoholismus die Ursache waren. Auch hier fanden sich Gumma oder Sclerose. Gewisse Fälle wurden durch KJ und Hg vollständig geheilt. Kurz, auch da ist wieder Syph. her. tard. visceralis, hier eigentlich renalis.

Ich habe davon 16 Fälle gesammelt. Also, bei einer Nierenerkrankung, die sich bei einem jungen Menschen ohne annehmbare Ursache zeigt, muss der Arzt an Syphilis hereditaria tarda denken, denn wenn sie die Ursache ist, kann der Kranke geheilt werden.

5. Für die Milz gilt dasselbe. Viele splenische Hypertrophien zeigen sich, ohne Malaria oder Alcoholismus, ohne andere Krankheitsursache als syphilitische Vererbung. Da habe ich kein Gumma gefunden.

Hier herrscht die sclerose Hypertrophie; manchmal existirt sie allein, jeder Behandlung Widerstand leistend, manchmal eine relative Gesundheit, die so ziemlich zufriedenstellt, zulassend.

Diese hypertrophische Milz ist manchmal von den Chirurgen entfernt worden. Vielleicht hätte KJ genügt.

Den grössten Theil der Zeit ist die Lebererkrankung nicht schmerzhaft; sie schreitet langsam vorwärts. Man liess sie momentan bei Seite, man eilte zum Dringenderen und um die Knochen, Haut und Schleimhaut und Augenerkrankungen zu heilen,

wandte man die antisyphilitische Behandlung an. Aber bei dieser Behandlung wurde auch die Lebererkrankung und die Wassersucht geheilt.

Auf diese Weise, in Folge gesammelter Beobachtungen, konnte ich auf die syphilitische Natur dieser Krankheiten schliessen; um so mehr als die Autopsie mir Gumma und Sclerose zeigte. Und dann, in Folge der Zeichen von Hutchinson, von Fournier, in Folge des Vorlebens der Kranken und besonders durch Nachforschungen, durch die Syphilis der Eltern. Daher schloss ich auf Syph. her. mit tardiver Localisation auf der Leber. Und ich glaube, man muss an diese Aetiologie denken, jedesmal, wenn man sich vor einer Lebererkrankung finden wird. Sicher sind wir hier weit vom Schanker, dem ersten Glied dieser langen pathologischen Kette. Aber, wenn es so ist, welche Wichtigkeit hat dann die Prophylaxe der Syphilis? Das sind keine Theorien, das sind Thatsachen, die von der Beobachtung bekräftigt sind und auch, man darf es wagen zu behaupten, durch die Heilung der Kranken. Die Kenntniss der Syph. her. in ihren tardiven langwierigen Erscheinungen ist berufen, die Aetiologie vieler Krankheiten aufzuhellen, aber, was speciell die Syph. her. tard. betrifft, gibt es noch viel Unbekanntes.

Ist diese Syph. an sich hereditär? Ist sie in ihrer gewöhnlichen Natur übertragbar oder in einer entweder degenerirten oder in einer Form, die im Stande ist, analog der Vaccine eine geschwächte Syphilis hervorzurufen? Ist sie unzerstörbar in dem einmal von ihr inficirten Organismus oder kann sie geheilt werden? Und kann der hereditäre Syphilitiker seinerseits später, nach einer mehr oder weniger langen Zeit, die Syphilis auf eigene Rechnung acquiriren und durch eine unglückliche Schwängerung sein Erbe um ein Gewisses vermehren? Und endlich, wird diese neue Syphilis geschwächt sein und gibt es sowohl für die Syph. her. als für ihre Abstufungen eine Art absolute oder relative Vaccination?

Das sind Fragen, die man stellen muss, weil sie das ganze Menschengeschlecht interessiren, das sind Fragen, über die man sich vorher ein Urtheil bilden kann, aber über die in letzter Instanz die Beobachtung noch nicht abgeurtheilt hat.

Immerhin, so wie sie ist, hat die Kenntniss der tardiven Erscheinungen der Syph. her. in den Eingeweiden uns schon be-

trächtliche Dienste geleistet, von 3 Gesichtspunkten aus: 1. ätiologisch, 2. klinisch, 3. therapeutisch.

Es ist am Platze, wie ich glaube, hier den beiden Meistern, wie sie es verdienen, zu danken, diesen ausgezeichneten und scharfsinnigen Beobachtern, denen die medicinische Wissenschaft Dank schuldig ist für diese Lehren. Der eine hat den Weg geöffnet und die ersten Indicationen zur retrospectiven Diagnostik geliefert. Der Andere hat es verstanden, der Frage ihr ganzes Gebiet und ihre ganze Tragkraft zu geben. Ich habe Hutchinson genannt und Fournier.

Ich habe mehr als 14 solche Fälle zusammengebracht und in mehreren war die Syphilisbehandlung von Erfolg. Die Milz kann sowohl allein angegriffen sein unter den Eingeweiden oder mit den Nieren und der Leber, oder

6. begleitet von einem Gumma des corpus thyreoideum (der Fall von Barth); Alles durch Syph. her. tard.

7. Ich habe in der letzten Zeit besonders die Erkrankung der Leber durch Syph. her. studirt. Ich habe im Ganzen 33 Fälle zusammengebracht, darunter mehrere beobachtet von Fournier oder mir selbst. Einige sind geheilt worden, wie man aus der Statistik sehen kann. (8 unter 33.)

Ich glaube, man kann diese Fälle in 4 Klassen eintheilen:

1. Rein congestiv. Nichts bei der Autopsie (Virchow), aber eine Fettleber, chronischer Icterus und Heilung, wenn KJ auch aus einer anderen Ursache gegeben worden ist. Bei den anderen Formen gibt es materielle, hartnäckige Erkrankungen.

2. Bei einer anderen Form ist die Leber hart, sclerös, bald atrophisch und deformirt, wie bei eben erst acquirirter Syphilis, bald, und zwar öfter hypertrophisch. Das ist die Fettleber, allein oder mit der Milz zusammen, im Stande, den Unterleib auszufüllen, wie beim Krebs und der Leucocythämie. Aber keine Narbenbildung, eine glatte elastische Leber. Keine Kachexie, kein Icterus, ausser wenn zufällig ein Gumma den Gallengang erfüllt; aber Ascites.

Also, Fettleber und Wassersucht, das sind die Symptome; die Wassersucht ist hartnäckig, immer wiederkehrend. In einem Falle wurden 13 Punctionen gemacht, die Wassersucht erschien immer wieder, KJ wurde gegeben, vollständige, definitive Heilung.

Die Krankheiten der Leber, Atrophie und Hypertrophie sind hervorgerufen durch Sclerose oder Gumma, wieder die zwei Processe der Syphilis. Die gummöse Form ist oft sehr hartnäckig, wie überall. (8 Fälle unter 33.)

Die 4. Form ist die amyloide Form, die sich sowohl nur auf die Leber als auch zugleich auf die Milz, die Nieren erstrecken kann. Das ist die Syphilis der Leber durch tardive Vererbung. Denn das sind Leute von 16—18 Jahren und noch mehr, die das Object unserer Untersuchungen bilden. Jeder kennt die Syphilis der Leber, die acquirirte Syphilis. Gubler, Dittrich haben die Syphilis durch frühzeitige Vererbung beschrieben.

Ich glaube der erste zu sein, der Lebersyphilis durch tardive Heredität beschreibt. Diese Kenntniss ist nicht ohne Nutzen, da sie es möglich macht, Kranke zu heilen, die man sonst nicht heilen würde und die an ihrer Krankheit sterben würden. (8 Heilungen unter 33.)

Nicht auf den ersten Versuch hin sind wir zu dieser Aetiologie gelangt. Diese Fettleber, diese Wassersucht wunderte mich bei jungen Leuten ohne alkoholische oder anders behaftete Eltern. Dann fand man bei ihnen die Trias von Hutchinson. Dann die Zeichen von Parrot, Fournier und Haut- und Knochenkrankheiten in ihrer Begleitung.

Zur Behandlung der Syphilis mit Calomel-injectionen.

Von

Dr. Med. v. Watraszewski,

Oberarzt am St. Lazarushospital in Warschau.

Das in den „Annal. de Dermat. et Syphil. Febr. 1884" inserirte Referat von Dr. Jullien über die Arbeit G. Smirnoff's*) und die guten Resultate der bei der Syphilis angewendeten Calomelinjectionen, veranlasste mich eine Anzahl Kranker der erwähnten Kurmethode zu unterziehen.

Es waren deren im Ganzen 70 erwachsene Personen, und zwar wurden 30 von ihnen (20 Männer und 10 Frauen) im Hospitale und 40 (34 Männer und 6 Frauen) ambulant behandelt. Alle die Kranken waren mit ausgesprochenen allgemeinen recent syphilitischen Symptomen befallen gewesen.

Als Injectionspräparat benutzte ich die nach der Vorschrift von Scarenzio (dem Urheber der Methode) bereitete Calomelsuspension (in Gummilösung). Zum Injectionsterrain wurden, wie auch Smirnoff anräth, ausschliesslich die Glutealgegenden benutzt, welche, wie mich auch meine Erfahrungen bei Sublimatinjectionen gelehrt haben, sich am besten zu diesem Zwecke eignen. Den Angaben Smirnoff's folgend, injicirte ich den 7 ersten dieser Behandlung unterzogenen Kranken auf einmal 2 Decigramm Calomel in zwei gleichen Portionen, und liess zwei bis drei Wochen später wiederum eine bis zwei ebensolche Injectionen folgen. Da ich jedoch bei fünfen

*) Om Behandling af Syfilis medelst subcutana Kalomelinjectiones Helsingfors. 1883.

von ihnen, trotz einer sorgfältigen Mundpflege, nach einigen Tagen Speichelfluss sich entwickeln sah, wurde bei den übrigen Kranken nicht mehr als eine einzige Injection von 0·10 Calomel auf einmal in Zwischenräumen von 7 bis 10 und 15 Tagen vorgenommen, d. h. um so seltener je ausgesprochener sich Zeichen einer beginnenden Stomatitis geltend machten. Auf diese Weise gelang es mir ohne jede Spur von Mercurialaffection die Kur bei der Mehrzahl der Kranken durchzusetzen, und zwar indem ich in den weitaus meisten Fällen nach einer sieben Tage langen Zwischenpause die nächste Injection folgen liess. Nur in vier Fällen sah ich mich genöthigt, eingetretener Stomatitis halber, zwischen die einzelnen Injectionen längere Intervalle zu legen.

Was nun die Resultate obiger Behandlung anbetrifft, so sind in allen der hier in Betracht kommenden Fälle, dieselben als vollkommen befriedigend zu bezeichnen. Schon nach der ersten Injection konnte man nach Ablauf von einigen Tagen deren günstige Wirkung constatiren, was sich am deutlichsten bei frischen Exanthemen kund gab, nachdem die maculösen und papulösen Syphilide abblassten und in zwei Fällen von pustulösen Ausschlägen, waren bereits nach der ersten Injection die Pusteln eingetrocknet; drei weitere genügten, um ein Abfallen der Krusten und eine vollständige Resorption der localen Infiltrate mit Hinterlassung leicht deprimirter Pigmentflecke zu bewirken. Exulcerirte Sklerosen reinigten sich und vernarbten auffallend rasch, Drüsenanschwellungen nahmen ab, Mund- und Rachenschleimhautaffectionen bildeten sich in kurzer Zeit zurück; überhaupt waren am Ende der dritten Woche bei den meisten Kranken die Syphilissymptome zum Schwunde gebracht und ein Resultat erzielt, wie es gewöhnlich als Effect von ungefähr 25 oder 30 Frictionen beobachtet wird. In der Regel genügten drei Injectionen, d. h. eine Zeit von drei Wochen, um sämmtliche manifeste Erscheinungen des secundären Stadiums rückgängig zu machen. Da ich aber auch bei jeder anderen Behandlungsmethode trotzdem noch die Kur einige Zeit fortzusetzen für rationell halte, wurde durchgehends den Kranken noch eine vierte Injection einverleibt. In einem Falle von Ecthyma complicirt mit Iritis, waren vier Injectionen zur Beseitigung der Symptome nöthig gewesen, denen dann die fünfte Injection folgte. Es war dies die grösste Zahl der bei einem Kranken vorgenommenen Einspritzungen.

Der Haupteinwand, den man den subcutanen Calomelinjectionen machte und weswegen sie in erster Linie Sigmund und dann andere Syphilidologen perhorrescirten und verurtheilt hatten, war wie bekannt die Furcht vor Abscessen, die sich an den Injectionsstellen bilden und die Kranken recht unangenehm belästigen sollten. Unter den 257 Einspritzungen, die ich sowohl in der Privatpraxis wie im Hospitale ausgeführt habe, sah ich im Ganzen nur vier Abscesse entstehen, (davon drei bei Frauen und einen beim Manne) dabei alle bei Hospitalkranken in der ersten Woche nachdem ich die Methode zu üben anfing. Diese Complication hielt mich nicht auf, weitere Injectionen bei denselben Individuen vorzunehmen und es entstanden bei ihnen keine weiteren Abscesse. Seit dieser Zeit bis a dato, d. h. von Ende März bis Anfang October dieses Jahres, habe ich nicht einen einzigen Abscess an der Einstichstelle zu beobachten Gelegenheit gehabt, weshalb mich dieser Umstand auf den Glauben bringt, dass doch vielleicht zu jener Zeit gewisse Nebenbedingungen eine Rolle bei der Formation der erwähnten Abscesse gehabt haben mögen, die späterhin entweder gar nicht mehr existirten oder kaum zur Geltung kommen konnten. Als solche wäre möglicher Weise eine im Anfange mangelhafte Uebung beim Injiciren der Flüssigkeit anzuschuldigen, wovon ein Theil vielleicht ins Derma eindrang und heftigere, zur Suppuration führende Entzündungserscheinungen hervorrief. Es konnte auch zufälliger Weise das Präparat verunreinigt gewesen sein, oder war das Calomel nicht fein genug pulverisirt gewesen; Einzelnheiten, denen ich nachträglich, um der unangenehmen Complication vorzubeugen, die grösste Aufmerksamkeit schenkte. Die Injectionen müssen tief ins Unterhautzellgewebe zwischen Haut und Muskelschicht gemacht werden; die Nadeln müssen lang mit verhältnissmässig breiten Canülen versehen sein, weil es sonst leicht geschieht, dass das Calomel sich an irgend einer Stelle der Canüle niedersetzt und dieselbe vollständig verstopft; ein Umstand, der besonders nach geschehenem Einstiche sich unangenehm geltend macht, indem er das Zurückziehen und Reinigung der Nadel, sowie eine Wiederholung der Operation erfordert.

In Betreff des localen Schmerzes in Folge der Injection stimme ich vollends den Angaben Smirnoff's bei. Die örtliche Empfindlichkeit, welche wie bekannt nach Sublimatinjectionen manchmal so heftig ist, dass die Patienten laut sich darüber beklagen, ist hier eine weit

geringere, besonders wenn nur eine Injection auf einmal vorgenommen wird. Eine gewisse Zeit nach geschehenem Einstiche fehlt der Schmerz fast vollständig; in den ersten Tagen dagegen ist er stärker, besonders wenn die Kranken herumgehen, nie aber derart, dass sie z. B. nicht schlafen könnten oder in ihrem Berufe gestört wären. Es ist zweckmässig an den zwei bis drei ersten Tagen nach der Injection den Patienten nicht viel herumgehen oder schwer arbeiten zu lassen.

Aus dem oben Gesagten erhellt, dass wir in den Calomelinjectionen eine vortreffliche Methode zur Behandlung der Syphilis besitzen, die sowohl für die Hospital- wie für die ambulatorische Praxis sehr geeignet ist. Dieselbe ist bequem für den Arzt und für den Kranken, nimmt nicht viele Wochen oder Monate in Anspruch (im Gegensatze zur Pillenkur), incommodirt den Kranken subjectiv recht wenig, erfordert keine besondere Veränderung der Lebensweise und der Diät und zwingt nicht den Patienten sich täglich (wie bei der Sublimatinjectionskur) beim Arzte vorzustellen. Mit vollem Erfolge behandelte ich auf diese Art und behandle noch jetzt Kranke, die aus entfernten Gegenden der Provinz, und jede acht Tage und drei oder vier Mal im Ganzen, bei mir zur Durchführung der Kur zu erscheinen brauchten. Die Methode bietet alle Vortheile, die eine einfache, schmerzlose Injectionskur gegenüber anderen Kurmethoden auszeichnen, nämlich sie erlaubt uns eine genaue Controlle über die Quantitäten der einverleibten Medicamente, ist sauber, und afficirt nicht die Verdauungsorgane der Kranken. Es ist die Methode, der ich mich jetzt hauptsächlich bei Behandlung der Syphilis recens bediene und kann dieselbe nicht warm genug empfehlen. Besonders geeignet erscheint sie auch für die Durchführung einer rationellen Kur, bei den öffentlichen von der Polizei ins Hospital gebrachten Weibern, die ja wie bekannt, sich ungern behandeln lassen und auf jede Art den Arzt zu hintergehen suchen.

Ob in Folge der in Rede stehenden Kurmethode, wie Smirnoff es behauptet, Recidive seltener seien als nach anderen Kuren, wage ich nicht aus meinen Beobachtungen zu schliessen, obwohl ich in der That die mit Calomelinjectionen behandelten Patienten nur selten mit neuen Krankheitserscheinungen behaftet (und dies mehr localer Natur) sich bei mir vorstellen sah. Um sich aber mit Sicherheit darüber

aussprechen zu können, ist eine längere Beobachtung nöthig, als die mir zu Gebote gestandene von einigen Monaten.

Zum Schlusse will ich noch vorläufig bemerken, dass ich gegenwärtig derselben Behandlungsmethode 6 Fälle von tardiver Lues unterzogen habe (drei Fälle von serpiginösen Hautgeschwüren, zwei ulcerirende Gummata der Röhrenknochen, eine frische Perforation des Palatum dur.), und schon nach einer bis zwei Injectionen von der guten Wirkung, die sich in einer auffallenden Besserung documentirte, mich überzeugen konnte.

Die Behandlung der Syphilis mit mercuriellen Injectionen.

Von

Prof. Dr. Oscar Liebreich

in Berlin.

Wenn ich mir gestatten darf vor Ihnen meine Ansichten über die Behandlung der Lues auszusprechen, so möchte ich von vorne herein dem Missverständniss begegnen, dass ich es mir angelegen sein lassen will, eines oder das andere meiner Mittel Ihnen besonders zu empfehlen. — Ich bin vielmehr nur in der Lage, Ihnen allgemeine Vorschläge machen zu können, welche allerdings nicht rein theoretischer Natur sind, sondern eine durch mich gewonnene praktische Grundlage haben. Wie es von einem Pharmakologen nicht anders erwartet werden darf, habe ich mir die Aufgabe gestellt, bei der interessanten Specialität der Lues zu verbleiben, bis ich mir selbst eine begründete Meinung durch praktische Erfahrung bilden kann, um mich zu überzeugen, ob meine durch Theorie gewonnenen Ansichten durch die Praxis bestätigt werden können. Das Resultat hat mich nicht unbefriedigt gelassen und ich glaube, dass nach dem angegebenen Wege weitere und vielleicht noch bessere Resultate zu erzielen sein werden. Ich würde mich freuen, wenn Sie meine Ansichten theilen und wie es von vielen Seiten geschieht eine unbefangene Berücksichtigung zu Theil werden lassen.

Dass für die Behandlung der Lues die Quecksilberpräparate die wirklichen Heilmittel sind, braucht an dieser Stelle wohl keiner Discussion unterzogen zu werden und ich übergehe daher Alles, was

sich auf den Streit in dieser Frage beziehen könnte, wie Selbstheilung u. dgl.

Für die heutige Discussion ist wesentlich die Frage in Betracht zu ziehen, welche Form ist die zweckmässigste, d. h. welche chemische Verbindungen des Quecksilbers werden von den Organismen am besten vertragen, und welche sind am geeignetsten, die Wirkung am stärksten zu entfalten.

Von einem Quecksilberpräparat muss in erster Reihe verlangt werden, dass es am Orte der Application keine irritirende Wirkung hervorbringt. Wenn daher die Anwendung per os erfolgt, so ist es die Magenwand, welche eine Irritation erleiden kann, dieselbe pflanzt sich auf den Darm fort und bevor die entferntere Wirkung des Quecksilbers beginnt, sind die genannten Organe in unnützer Weise alterirt. — Der grösste Theil der Quecksilbersalze zeigt diese unangenehme Nebenwirkung und dazu addirt sich eine andere Störung für die Beurtheilung der Wirkung und Dosirung, die Zersetzungsfähigkeit nämlich der Quecksilbersalze durch die verschiedenartigsten Substanzen, welche sich im Darme und Magen vorfinden. — So hat die Methode der internen Anwendung mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen. Man wird daher im Allgemeinen selbst von den die Magen- und Darmwand am wenigsten irritirenden Präparaten nur ausnahmsweise Gebrauch machen können. — Von dieser Ansicht geleitet, hat man sich daher auch mit besonderer Vorliebe der subcutanen Injection zugewandt. Man kann sich jedoch nicht verhehlen, dass trotz der systematischen Anwendung die richtigen pharmakologischen Principien nicht befolgt sind. Mit Vorliebe ist das Mercuribichlorid, das Sublimat, benützt worden. — Wenn eine Substanz vom Magen aus nach der Resorption einen therapeutischen Einfluss ausübt, so kann man mit Sicherheit darauf rechnen, dass die subcutane Injection einen stärkeren und viel sichereren Einfluss ausüben muss. Es wird sich darum handeln müssen, ob die anzuwendende Substanz durch chemische Veränderungen und Verbindungen, welche local eintreten, nicht eine Abschwächung erfährt. Bei dem Sublimat ist dies entschieden der Fall. Es ist zuvörderst bekannt, dass das Mercuribichlorid mit dem Eiweiss eine Verbindung eingeht, dieselbe tritt im Unterhautbindegewebe nicht immer als eine starke Coagulation auf, aber sie kann es zuweilen thun, und die Reizerscheinungen, welche hier

eintreten, sind nicht von der Sorgfalt des Arztes abhängig, sondern ergeben sich durch individuelle Schwankungen, ich möchte lieber sagen, durch physiologisch-chemische Unterschiede im Verhalten der Gewebeflüssigkeiten. — Nicht unerwähnt möchte ich hiebei lassen, dass die Zersetzung mehr oder weniger stark bereits in der Nadel der subcutanen Injectionsspritze stattfindet. Mercuribichlorid und Eisen vertragen sich nicht. Es findet, wenn auch keine starke, aber immerhin eine merkliche Umlagerung in Eisenchlorid und Quecksilber statt, und die schnelle Abnutzung der Nadel ist mir bei keiner andern zur subcutanen Injection verwandten Flüssigkeit bekannt. Selbst die sorgfältigste Reinigung kann diese chemische Abnützung nicht verhindern. — Trotz dieser Uebelstände wird das Mercuribichlorid resorbirt und entfaltet nun seine Wirkung schneller und sicherer, als wenn es vom Magen aus verabreicht würde. — Die Qualität der toxischen Wirkung ist identisch mit der Wirkung vom Magen aus. Wir sehen bei Intoxications-Erscheinungen zuerst blutige Diarrhöen auftreten, welche bei der internen Verabreichung als eine locale Reizung der Schleimhaut aufgefasst wurden.

Diese Darmerscheinungen sind durch die Ausscheidung des Quecksilbers vom Darm aus bedingt und zeigen uns das Bild von der einfachen Hyperämie bis zur stärksten Verschorfung mit Geschwürsbildung. Man kann hieraus wohl schliessen, dass auch bei der internen Anwendung die Darmerscheinungen durch das resorbirte und dann ausgeschiedene Quecksilber bedingt sind. Ein in diesem Jahre mir zur Kenntniss gelangter Vergiftungsfall durch Verschlucken von Sublimat-Lösung gibt für meine Ansicht einen guten Beleg. Die Magenschleimhaut war von pathologischer Veränderung frei, während der Darm in ganz ähnlicher Weise die Zerstörungen zeigte, wie sie bei Thieren leicht herzustellen sind.

Die Gemeinsamkeit der Wirkung des Hydrarg. bichlorat. corr. vom Magen und Darm aus unterliegt daher keinem Zweifel und es ist gewiss gerechtfertigt, die Reizungs- und Coagulations-Erscheinungen im Unterhautbindegewinde geringer zu achten, als die verdauungsstörenden Eigenschaften, welche bei der inneren Verabreichung erfolgen, um die subcutane Injection anzuwenden.

Sublimat gibt mit Eiweiss einen weissen Niederschlag, der in Kochsalzlösungen löslich ist. Diese Thatsache ist bereits seit

Mialhe's Untersuchungen bekannt geworden und merkwürdiger Weise bei der methodischen Anwendung der Sublimatinjection von den verschiedenen Autoren übersehen worden und erst in neuester Zeit hat man diese Thatsache benutzt, um bei der Injectionsflüssigkeit Kochsalz hinzuzusetzen. Uebrigens ist die Hinrich'sche Anwendung von Sublimat und Kochsalz für die interne Anwendung bedeutend nützlicher als für die subcutane Injection. Bei der inneren Anwendung ist das Kochsalz in relativ grossen Quantitäten anzuwenden möglich, bei der subcutanen Injection dagegen wird durch den Reiz, welchen Kochsalz ausübt, eine engere Grenze einzuhalten geboten. Es ist hiebei zu bemerken, dass wenn auch Sublimat mit Kochsalz eine Doppel-Verbindung eingeht, in Lösung diese Verbindung wohl nicht existiren dürfte, und daher bei der subcutanen Injection das Kochsalz schneller resorbirt wird und der Nutzen der gleichzeitigen Injection bedeutend abgeschwächt wird. — Die Untersuchungen über mercurielle subcutane Injection haben mich darauf geführt Substanzen heraus zu suchen, welche local einen möglichst geringen Reiz hervorbringen und vor allem local keine chemische Verbindung hervorbringen. Eine vollkommen reizlose Substanz zu finden, dürfte schwierig gelingen, wenn man bedenkt, dass selbst Wasser, subcutan eingespritzt, eine Reaction hervorbringen kann. Wird aber, wie es bei der Gruppe der Quecksilberverbindungen, die ich im Auge habe, subcutan keine chemische Umlagerung hervorgebracht, so tritt der Vortheil der subcutanen Injection besonders in den Vordergrund. Bei der Quecksilberinjection gilt nicht dasselbe wie von Morphium, dass subcutan eine schnellere Wirkung erzielt werden soll, sondern man muss die Unsicherheit der Wirkung aufheben, welche durch Umlagerung der Quecksilberverbindung in Schwefel und andere Verbindungen vom Magen aus stets bedingt wird. — Bereits vor 14 Jahren ist unter meiner Leitung in Virchow's pathologischem Institut das Quecksilberäthylchlorid durch Herrn Prümers untersucht worden; die geringe Löslichkeit dieses Präparates machte es für die praktische Verwerthung nicht geeignet. — Die Verbindungen, welche ich mir vorzuschlagen erlaube, sind die Quecksilber-Amidverbindungen der fetten Säuren. Als einfachstes Präparat ist das Quecksilberformamid zu empfehlen, aber das Quecksilberacetamid bietet Aehnliches und die Zahl dieser

Amidverbindungen kann beliebig vermehrt werden. Ich übergebe hier die genaue Darstellung des Quecksilberformamid, welches in derselben Weise erfolgt, wie sie Stricker vom Quecksilberacetamid angegeben hat. Das Präparat wird von jedem Pharmaceuten leicht dargestellt durch Auflösen frisch gefällten reinen Quecksilberoxyds in wässrigem Formamid. (Die Lösung enthält 1 : 100.)

Das Quecksilberformamid hat für die praktische Verwerthung folgende wichtige Eigenschaft: es gibt mit Eiweiss keinen Niederschlag und durch alkalische Flüssigkeiten wie Natronhydrat wird kein Quecksilberoxyd niedergeschlagen; ferner ist die Reaction schwach alkalisch. Sublimat dagegen wird bekanntermassen durch Natronhydrat zersetzt, coagulirt Eiweiss und reagirt sauer.

Ich führe nur diese Reactionen an, weil sie für die subcutane Injection von der grössten Bedeutung sind. Wird das Formamid von dem Unterhautbindegewebe resorbirt, so zeigt es durch Zerlegung seiner Molecüle im Organismus dieselbe Wirkung wie Sublimat. Bei Thieren kann man sich überzeugen, dass die Intoxicationserscheinungen in ihrem Gewebe wie bei Sublimat verlaufen. Dasselbe ist bei Quecksilberacetamid, Propediamid und anderem Quecksilberamid der Fall. Die praktische Erfahrung hat mir nun gezeigt, dass die Anwendung des Quecksilberformamids bei der Behandlung der Syphilis eine ausserordentlich günstige Wirkung zeigt. Fast regelmässig nach der ersten Injection ist die Wirkung schon zu constatiren. Wenn ich auch seit einer Reihe von Jahren die obengenannten Präparate angewendet habe, möchte ich dem Urtheil bewährter Praktiker nicht vorgreifen und behaupten, dass die Wirkung beim Beginn eine schnellere ist wie beim Sublimat; aus meinen Erfahrungen glaube ich jedoch diesen Schluss ziehen zu müssen. Uebrigens habe ich beim Quecksilberformamid dasselbe beobachtet, was jeder aufmerksame und wahrheitsliebende Beobachter beim Sublimat zugestehen wird, dass nämlich zuweilen keine Recidive vorkommen, zuweilen ziemlich schnell und dass auch Fälle vorkommen, in welchen zur Inunctionskur geschritten werden musste. Für die günstige Wirkung des Formamids spricht, dass es sich leichter und schneller im Organismus verbreiten kann als Sublimat. Auch beim Quecksilberformamid gilt dasselbe wie von anderen Kuren, dass nach der ersten

Injections-Reihe nach einiger Zeit eine Aufnahme der Behandlung auch ohne Hervortreten von Symptomen eintreten soll.

Eine eigenthümliche Erscheinung, welche meines Wissens nicht hervorgehoben ist, tritt beim Sublimat sowohl wie beim Quecksilberformamid und Acetamid ein. Die Symptome schwinden am Anfang der Kur schnell und später tritt eine Periode ein, in welcher ein Stillstand beobachtet wird. Selbst Verdoppelung der Dosen führt zu keinem Ziel. Es lässt sich vielleicht diese Retardation dadurch erklären, dass das eingeführte Sublimat im Organismus durch Bildung von Quecksilberalbuminat zur Ruhe kommt; es fehlt an Chlornatrium, welches das Albuminat löst oder an anderen Bedingungen, welche uns unbekannt sind.

Ich bin mir sehr wohl bewusst hier einer theoretischen Betrachtung nachzugehen, welcher die experimentelle Grundlage fehlt, aber bei Annahme dieser Voraussetzung muss Kochsalz innerlich verabreicht von Nutzen sein. Es ist in der That der Fall, dass die subcutane Injection von Sublimat bei der inneren Verabreichung von Salz an Wirksamkeit zunimmt. Es kann hier natürlich die geringe Quantität Chlornatriums, welches nach den neueren Vorschriften der subcutanen Injection zugesetzt wird, wenig bieten. Es muss in grösseren Quantitäten der Nahrung zugesetzt werden. Aehnlich ist die Wirkung beim Quecksilberformamid und würde hier wahrscheinlich statt Kochsalz die Verabreichung von Salmiak zum Ziele führen.

Nach meinen Erfahrungen scheint mir die Amidverbindung und besonders das Quecksilberformamid und Acetamid eine besonders gute Wirkung hervorzurufen und dem Sublimat gegenüber die angeführten Vorzüge zu besitzen; aber es zeigt auch wie das letztere zuweilen eine untergeordnete Wirkung gegenüber der Inunctionskur. Jedoch möchte ich dagegen nicht unerwähnt lassen, dass auch die Inunctionskur in manchen Fällen nur ein geringes Nachlassen der Symptome hervorruft und die subcutane Injection ein schnelleres Resultat aufweist.

Wo stehen wir heute gegenüber der Syphilis?

Vortrag

gehalten von Prof. Dr. **Heinrich Auspitz** in Wien bei Eröffnung seiner klinischen Vorlesungen über Syphilis am 13. October 1884.

Meine Herren!

Es gereicht mir zur hohen Ehre, Sie heute an der Stelle und in den Räumen begrüssen zu dürfen, welche durch meinen verdienten und würdigen Vorgänger, Professor v. Zeissl, für das klinische Fach und die pathologischen Formen, deren Pflege uns hier obliegt, prädestinirt erscheinen.

Ein trauriges Geschick hat es gefügt, dass uns dieser Mann gerade in den letzten Tagen durch den Tod entrissen werden musste; in Folge einer Erkrankung, welche sich v. Zeissl, wie es scheint, nicht blos durch die Anstrengungen des ärztlichen Berufes im Allgemeinen, sondern direct durch den hingebendsten Pflichteifer und die Nichtachtung der eigenthümlichen mit unserem Fache verbundenen Gefahren zugezogen hat.

Und so ist es denn zur Thatsache geworden:

Hermann v. Zeissl, dessen Name in der Syphilislehre zu den ersten und besten zählt; dessen Worten so viele Akolythen aus aller Herren Ländern gelauscht; dessen Lehrbuch unserer Disciplin so viele strebsame Bearbeiter zugeführt, dessen milde Hand so vielen Kranken Heilung und zum mindesten Trost gebracht — er ist nicht mehr!

So möge denn sein Andenken für alle Zukunft segensreich in diesen Räumen walten, und möge es uns selber gegönnt sein, die Pflege echter Humanität mit der wissenschaftlichen Arbeit in seinem Sinne verknüpfend, seinen Manen gerecht zu werden.

Ich gehe nun zum Gegenstande meines einleitenden Vortrages über, dessen Titel lautet: „Wo stehen wir heute gegenüber der Syphilis?“ Indem ich die klinischen Vorlesungen über Syphilis mit einer Frage beginne, bedaure ich lebhaft, der Antwort, soweit ich selbst sie zu formuliren vermag, auch gleich eine erkleckliche Summe „fragwürdiger“ Momente beimengen zu müssen, vielleicht mehr, als mit dem strengen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit vereinbar erscheinen möchte. Und doch steht fest, dass wenn auf irgend einem pathologischen Gebiete die strenge Methode der Induction zur Geltung gelangt ist, in erster Linie die Syphilislehre dahin gehört. War es doch factisch gerade die Syphilis, bei welcher das pathologische Experiment durch John Hunter zuerst in Ausführung gebracht und damit ein Weg gebahnt wurde, welcher seither durch viele Nachfolger dieses grossen Pathologen mit mehr oder weniger Glück zum Nutzen der Wissenschaft beschritten worden ist.

Allein die Erfahrung hat für die exacten Wissenschaften überhaupt den Satz zur Evidenz gebracht, dass mit dem Ueberwiegen der exacten Methode und der rein sachlichen Resultate die Zahl der neu auftauchenden Fragen, welche wiederum Antwort heischen, nicht ab- sondern zunimmt, „als wollte das Meer noch ein Meer gebären“.

Die General-Antwort auf die Frage: „Wo stehen wir heute gegenüber der Syphilis?“ wird somit keineswegs von Selbstbewusstsein erfüllt sein dürfen. Wir haben in der klinischen Methodik, in der Pathologie und in der Therapie der Syphilis unläugbar mancherlei Fortschritte gemacht; aber immer und überall nur solche, welche uns noch himmelweit von der Wahrheit an sich entfernt stehen lassen. Und wenn es einem günstigen Zufall oder dem Genie eines Forschers gelänge, eines jener Grundprobleme wirklich zu lösen, dessen Lösung uns wie ein tückisches Phantom erst recht entschwindet, wenn wir sie just mit Händen zu greifen glauben: dann erst begänne jener Wettlauf nach Wissen von Neuem, welcher für den menschlichen Geist aus der ihm

innewohnenden unausweichlichen Nöthigung hervorgeht, in der aprioristischen Form des Causalnexus und nur in dieser Form den Denkprocess zu vollziehen.

Und so wollen wir nun das Bereich unserer Disciplin tastend durchschreiten, wie es in der Bibel heisst: „quaerens quem devoret". Aber nur ganz grosse Schritte zu machen ist uns heute verstattet, wir sollen am Ende unseres Weges auch den Anfang noch überblicken können, und so wird manches Hochwichtige sich nur mit dem Auge streifen, alles Detail ganz dem Gesichtsfelde entrückt bleiben müssen.

Noch eine Bemerkung muss ich voraussenden. Was wir heute „Syphilis" nennen, ist scheinbar ein einziges Krankheits-Individuum; aber nur dann, wenn wir blos das ätiologische Moment in Berücksichtigung ziehen. In dem Augenblicke jedoch, wo das gesammte pathologische Bild dieser Krankheit entrollt werden soll, bläht sich das pathologische Einzelwesen, mit dem wir zu kämpfen glaubten, zu einem Monstrum auf, welches die ganze Pathologie in sich birgt.

Diese Thatsache ist natürlich von solcher Wichtigkeit für die Behandlung des Themas, dass ich sie vor allem Weiteren hier betonen muss, um gerade in ihr die Entschuldigung für die sprunghafte und mehr aphoristische Art zu finden, welche der folgenden Darstellung aufgeprägt erscheint.

I. Der Tripper.

Ich beginne mit einem pathologischen Objecte, welches sich wenigstens einer ziemlich feststehenden pathologischen Umgrenzung erfreut, mit dem Tripper sammt Zubehör. Heute sieht es ja jeder Arzt als eine ausgemachte und völlig sicher stehende Thatsache an, dass der Tripper eine Krankheit sui generis sei, welche durch ein eigenthümliches Contagium und einen eigenthümlichen Verlauf sich vollständig von allen anderen venerischen Krankheitsformen unterscheidet.

Aber ein Rückblick auf die Geschichte der Lustseuche lehrt, dass diese Anschauung erst nach langen wissenschaftlichen Kämpfen und nach oftmaligen Schwankungen der — wenn ich so sagen darf — öffentlichen Meinung sich zu befestigen vermochte.

Bei den Aerzten des Alterthums wurde die Gonorrhöe als eine Affection der „Samengefässe“, nicht der Genitalien betrachtet und man unterschied zwei Formen, je nachdem der Process mit oder ohne Erection des Penis (Satyriasis, Priapismus) einherging. Moses hat bekanntlich der Tripper-Ansteckung durch eigene Reinigungsgesetze vorzubeugen gesucht. Auch das ganze Mittelalter hat, wenn auch im Anschluss an allerlei phantastische Anschauungen, den Tripper als eine selbstständige Krankheit betrachtet und von den eigentlichen ulcerösen Genitalaffectionen getrennt. Dann traten im 16. Jahrhundert nach der grossen Syphilis-Epidemie, von welcher noch die Rede sein wird, verschiedene Autoren wie Paracelsus, Bethencourt, Fernelius, Fallopia mit der Ansicht hervor, dass es auch einen syphilitischen Tripper gebe, welche Ansicht nach und nach zur massgebenden wurde. Erst im 18. Jahrhundert sprachen wieder einzelne Pathologen die Meinung aus, Tripper habe nichts mit Syphilis zu thun, und gegen Ende des Jahrhunderts kam es endlich zu jenem denkwürdigen wissenschaftlichen Streite im Grossen, welcher durch die erste Anwendung des pathologischen Experimentes durch Hunter im Jahre 1767 berühmt geworden ist.

Derselbe impfte im Mai 1767 Trippermaterie mittelst eines Lanzettstiches auf die Oberfläche der Glans penis und des Präputiums eines Individuums (sich selbst?) ein.

Drei Tage darauf entstand Jucken an der Vorhaut, nach weiteren zwei Tagen Röthung, Verdickung und ein Fleck, der immer mehr anschwoll und nach abermals zwei Tagen etwas Eiter absonderte, zugleich etwas Schmerz beim Urinlassen an den aufgeworfenen Lippen der Harnröhrenmündung. Die Aufschürfung wurde mit einem Causticum und Calomelsalbe behandelt.

Am zehnten Tage nach der Impfung begann auch die Glans penis zu jucken und es entstand dort am zwölften Tage ein mit gelblicher Materie gefülltes Bläschen.

Innerhalb weniger Tage fielen dann die Borken ab (vierzehn Tage nach der Impfung) und darunter zeigten sich rothe Wundstellen, die nach und nach heilten — jene an der Glans mit Zurücklassung einer bläulichen Narbe. Während der ganzen Zeit waren die Wunden öfter cauterisirt worden.

Nach vier Monaten brach der Schanker am Präputium wieder auf, heilte aber — und das später noch einige Male — von selbst wieder zu.

Noch während des Bestehens der Wunden entwickelte sich ein rechtseitiger indolenter Bubo, einige Monate später ein Geschwür an einer Tonsille, das durch Mercureinreibungen geheilt wurde, nach drei Monaten eine Roseola mit abermaligem Aufbruch des Geschwürs an der Tonsille.

Nach ausreichendem Gebrauch des Quecksilbers kehrten endlich die Erscheinungen von Lues nicht wieder — nachdem das Experiment im Ganzen drei Jahre gedauert hatte.

Man ersieht bei genauer Prüfung dieser Experimente sofort die Existenz von Fehlerquellen u. zw. dass 1. die blennorrhagische Beschaffenheit des Impfmaterials nicht genügend constatirt und der Ort und die Zeit des Bestehens des Trippers nicht angegeben sind; 2. dass die Behandlung während des Versuches gänzlich hätte wegbleiben müssen; 3. dass die Schilderung der angeblichen Schankergeschwüre deren Existenz nicht über allen Zweifel erheben kann, 4. dass endlich auf die Frage, ob der Kranke nicht vor dem Versuch schon an Lues gelitten hatte, und ob nicht, wie dies schon öfter beobachtet wurde, das Gift latent im Körper vorhanden war, keine genügende Antwort aus den angeführten Thatsachen sich geben lässt.

Hunter seinerseits hielt den Versuch für vollkommen beweiskräftig und schloss daraus, dass Gonorrhöe und Schanker die Wirkung eines und desselben Giftes seien, und dass die verschiedene Art der Manifestation in der Verschiedenheit des anatomischen Substrats beruhe. Während secernirende (z. B. Schleimhaut-) Oberflächen sofort von Tripper befallen werden — auch die Schleimhaut der Vagina rechnet Hunter zu den secernirenden Oberflächen — müsse eine nicht secernirende erst in eine secernirende verwandelt werden, und so entstehe der Schanker.

Jedoch wurde dieser Behauptung gegenüber daran erinnert, dass auch an den secernirenden Flächen, z. B. der Urethralschleimhaut, Schanker nicht selten vorkommen, wie Bell und später Ricord deutlich demonstrirten, und dass ferner sowohl die Vagina als die Urethra der Weiber von Schankern befallen werden.

Den Ansichten Hunter's trat 1793 Benjamin Bell direct entgegen, gestützt auf eine Reihe von Experimenten mit entgegengesetztem Resultate.

Zwei junge Leute scarificirten sich die Glans und das Präputium mit einer Lanzette und rieben hierauf diese Stellen mit Trippereiter ein, indem sie Plumasseaux, die in Trippereiter getränkt waren, dazwischen legten und dieselben achtundvierzig Stunden liegen liessen. Bei dem einen entwickelte sich eine heftige Entzündung der Eichel und Vorhaut mit Absonderung reichlichen, stinkenden Eiters, welche erst nach einigen Tagen — ohne dass sich Schanker bildete — geheilt wurde.

Der andere war weniger glücklich. Bei ihm hatte nämlich der Eiter Zugang zur Harnröhre gefunden und es zeigte sich am zweiten Tage ein bedeutender Grad von Gonorrhöe, welche mehr als ein Jahr lang sich fortschleppte.

Der erste der Experimentatoren versuchte es noch drei Mal, Trippereiter mit der Lanzette unter die Vorhaut und in die Substanz der Eichel zu bringen, aber niemals war er im Stande, Schanker zu erzeugen.

Endlich versuchte er noch die Einführung von Schankereiter auf der Spitze einer Sonde mehrere Linien tief in die Urethra. Nach fünf bis sechs Tagen war ein schmerzhafter, entzündeter Schanker an der betreffenden Stelle vorhanden, welchem ein vereiternder Bubo folgte, der nur sehr langsam geheilt wurde, ferner Rachengeschwüre, so dass er eine bedeutende Menge Quecksilber zu sich nehmen musste.

Aus seinen Versuchen und klinischen Beobachtungen schloss Bell, dass das Gift der Gonorrhöe von jenem des Schankers verschieden sei, und dass der eine nicht durch das Gift des andern erzeugt werden könne.

Auch hier sind Fehlerquellen auffallend, doch schlossen sich Bell viele hervorragende Aerzte, darunter Peter Frank an.

Mittlerweile hatte sich zu Anfang unseres Jahrhunderts die „physiologische Schule" Broussais' entwickelt, welche die specifische Eigenschaft der Contagien überhaupt läugnete, einfach entzündliche Organopathien an ihrer Stelle annahm. Der Nachklang dieser Richtung findet sich noch heute in den Anschauungen der sogenannten „Naturärzte".

Philippe Ricord erst war es vorbehalten, ein nach seiner Ansicht ausschliessliches, jedenfalls jedoch sehr werthvolles Mittel zur Diagnose des Schankers in der früher nur zu experimentellen Zwecken benützten Inoculation zu finden.

Hiedurch war es ihm auch möglich, aus den Versuchen, die er mit solchen Impfungen anstellte, positive Schlüsse auf das Verhältniss zwischen Tripper und Schanker zu machen, welche seither fast allgemein acceptirt worden sind.

Aus seinen zahlreichen Versuchen folgert Ricord mit Evidenz, dass die Materie des Trippers keinen Schanker und umgekehrt jene des Schankers keinen Tripper erzeugen könne.

In der That verhält sich nun die Sache so, dass die von Ricord in Bezug auf den Tripper aufgestellten Schlusssätze allgemein recipirt wurden, welche lauten:

„1. Der Tripperstoff, auf eine gesunde Schleimhaut gebracht, erzeugt auf derselben, je eitriger er ist, desto eher eine blennorrhagische Inflammation.

2. Er erzeugt nie Schanker, nur bisweilen auf der Haut, mit welcher er längere Zeit in Berührung ist, Excoriationen.

3. Auch die normalen Folgeerscheinungen des Trippers erzeugen keinen inoculirbaren Eiter.

4. Der Tripper hat niemals constitutionelle Syphilis zur Folge.

5. Das einzige diagnostische Hilfsmittel für den Unterschied zwischen Tripper und Schanker ist gegenwärtig die Inoculation".

Eine andere Frage aber ist nun die, von welcher Beschaffenheit denn eigentlich der Krankheitserreger des Trippers sei, wenn er nicht das syphilitische Virus ist? Wenn auch Ricord die Ansicht aussprach, der Tripper sei nichts anderes als eine gesteigerte einfache Schleimhaut-Entzündung, — welche Ansicht übrigens noch vor kurzer Zeit von Tarnowsky festgehalten worden ist — so liegt doch eine Reihe gewichtiger Gründe dafür vor, dass die schon von Balfour und Bell ausgesprochene Meinung, der Tripperkatarrh habe irgend etwas Specifisches, berechtigt sei und es tritt unter diesen Gründen die oft angeführte Analogie mit der Bindehautblenorrhöe der Augen in erste Linie. In der That hat sich in

den letzten Decennien die Neigung der Aerzte nahezu einstimmig diesen Anschauungen zugewendet.

Dabei ist jedoch die angeregte Frage über die wirkliche Natur des Tripper-Virus völlig unbeantwortet geblieben, da die Funde früherer Untersucher (Hallier, Donné, Salisbury u. A.) soweit sie Mikrozoen oder Mikrophyten im Trippereiter constatiren wollten, keine wissenschaftliche Berücksichtigung verdienen.

In der allerjüngsten Zeit erst hat sich diese Frage actueller gestaltet, indem Neisser — auf die Koch'sche Untersuchungsmethode bacterienhaltiger Gewebe gestützt — im Trippereiter eine specifische, nur dem Trippercatarrh und der acuten Augenblennorrhöe eigenthümliche Art von Bacterien, die er „Gonokokken" nannte, entdeckte und beschrieb. Weitere zahlreiche Untersuchungen — und überdies ein Experiment Bockhart's, Ueberimpfung einer Reincultur vierter Generation von Gonokokken in eine gesunde Harnröhre bei einem an Dementia paralytica im Endstadium leidenden Kranken mit positivem Erfolge d. h. Erzeugung von klinisch und anatomisch charakterisirtem Tripper, dessen Secret wieder die Neisser'schen Gonokokken enthielt — haben diesen Fund seither bestätigt und so wird denn nun von den bezüglichen Untersuchern der Tripper als eine specifische Entzündung der Urethralschleimhaut angesehen, bedingt durch Einwanderung dieser Gonokokken in die Lymphbahnen der schiffförmigen Grube und von hier aus weitere Verbreitung mit ihnen gefüllter Wanderzellen in das Gewebe. Wir sind nicht in der Lage, diesen positiven Thatsachen gegenüber irgend welche berechtigte Einwendung zu erheben und müssen, was die Pathologie des Trippers betrifft, einen entschiedenen Fortschritt anerkennen.

Etwas Aehnliches gilt in Bezug auf die Untersuchungs-Technik der Harnröhre. Hier ist durch die Erfindung und Vervollkommnung des Endoskops eine hochwichtige Reform herbeigeführt worden, deren Werth sich auch in der Behandlung der chronischen Erkrankungsformen der Harnröhre geltend macht. Man kann sagen, dass heut zu Tage eine Untersuchung und Behandlung solcher chronischer Processe in der Harnröhre ohne das Endoskop nicht mehr möglich ist. Um so mehr muss bedauert werden, dass die Technik dieser Untersuchungs- und Be-

handlungsmethode bisher noch von den klinischen Lehrern vernachlässigt wird.

Anders steht aber leider die Sache in Bezug auf die Therapie der acuten Gonorrhoe. Vorläufig hat man aus den neuesten Befunden keinen Rückschluss auf die Behandlung machen können und was in dieser Beziehung geschehen ist — ich meine die in der jüngsten Zeit empfohlenen auch von uns versuchten Injectionen mit desinficirenden Stoffen, wie Jodoform, Carbolsäure, Sublimatlösungen in die Harnröhre haben sich, meiner Erfahrung nach, in keiner Weise wirksam gezeigt.

Wir stehen also in dieser Beziehung noch genau dort, wo unsere Vorgänger gestanden sind, d. h.: Die Tripper-Therapie leistet durch die Geringfügigkeit ihrer Resultate sowie durch die Unwissenschaftlichkeit und den rohen und irrationellen Empirismus ihrer Technik geradezu Staunenswerthes. Ich constatire diese Thatsache um so entschiedener, weil ich dadurch Anregung zu ernsten therapeutischen Versuchen geben möchte, da ja gerade die grossen Fortschritte in der Pathologie des Trippers ein Beharren auf dem gegenwärtigen wissenschaftlich niedrigen Niveau der Tripperbehandlung noch greller hervortreten lassen müssen.

II. Das Schanker- und das Syphilis-Contagium.

Es ist kein Zweifel, dass Genitalgeschwüre schon im Alterthum und Mittelalter unter den Namen „Caroli“, „Taroli“, „Caries pudendorum“ u. s. w. allgemein bekannt und mit unreinem Coitus als im Zusammenhange stehend betrachtet wurden. Als die Syphilis 1495 in Italien als Seuche auftrat und mit ihr ulceröse Affectionen der Genitalien beobachtet wurden, (Caries gallica) vergass man nach und nach jene allbekannten venerischen Geschwürsbildungen, so dass bis in das 18. Jahrhundert eigentlich wenig von ihnen die Rede war. Im 18. Jahrhundert hat sie erst John Hunter eigentlich wieder in Zusammenhang mit der eigentlichen Syphilis gebracht aber in der Weise, dass er von vorne herein nur jene Art von primären Genitalgeschwüren Schanker nennt, welche die von ihm zuerst hervorgehobene umschriebene Verhärtung (die Hunter'sche Induration) zeigen. Jedes andere

Genitalgeschwür ist nach Hunter nicht specifisch und hat mit der Syphilis selbstverständlich nichts zu thun.

Eiter von Tripper oder Schanker wird nach Hunter mit positivem Erfolge überimpft, auch auf Syphilitische. Er stützt diese Angaben wieder auf eine Reihe pathologischer Experimente, welche zugleich den Beweis geliefert haben sollen, dass secundäre Syphilis-Symptome im Gegensatz zu jenen localen Affectionen nicht überimpfbar seien. Wir werden bald auf diese Thatsachen zurückkommen.

Die von Hunter gelehrte Darstellung über das Wesen des Schankers hat sich im Wesentlichen auch trotz der Angriffe der physiologischen Schule bis in die ersten Decennien unseres Jahrhunderts herrschend erhalten. Da war es im Beginne der 30iger Jahre Ricord, der, wie schon erwähnt worden ist, seine auf zahlreiche Experimente gestützte Lehre zur herrschenden machte.

Jene Lehrmeinungen, welche er, d. h. die erste französische Schule, d. h. ganz Europa, von 1838 an bis in die Fünfzigerjahre bekannte, sind folgende: Für den Schanker gebe es keine Incubation, sondern nur eine sofort, d. h. bis zu 24 Stunden nach dem Coitus in Form einer Röthung auftretende locale Veränderung, die dann in Bläschen-, Pustel- und endlich Geschwürsbildung übergehe. Von der Beschaffenheit des erkrankenden Organismus, nicht von jener des Giftes, hänge es ab, ob dieses Geschwür später indurire oder nicht; die Induration beginne gewöhnlich gegen den fünften Tag[1]), die zunehmende Härte sei der Ausdruck für das Weiterschreiten des Giftes im Organismus, nicht für den schon vollzogenen Vergiftungsprocess.

Dem eben Erwähnten halte man nun die Theorien gegenüber, welche die sogenannte dualistische Schule, (Bassereau, Clerc) die an zwei verschiedene Gifte, ein Schankergift und ein syphilitisches Gift glaubt, aufgestellt hat und deren Vollender in Frankreich, nachdem ihnen auch Ricord beigetreten, Rollet gewesen ist. Nach diesem entsteht der einfache (nicht inficirende, nicht syphilitische,

[1]) Später (1857) formulirte Ricord diese Zeitbestimmung so, dass er die Induration nie vor dem dritten Tage des Bestandes des Geschwürs, zumeist in den letzten Tagen der ersten Woche nach dem Coitus und höchst selten in der dritten Woche nach demselben auftreten gesehen habe.

weiche) Schanker sofort nach der Ansteckung; der inficirende (indurirte Hunter'sche, syphilitische) hat eine Incubation von im Minimum 9, im Maximum 42 Tagen, im Mittel 3 Wochen; es entsteht also nach dem Coitus gar keine Veränderung und nach 1—3 Wochen erst der harte Schanker.

Wenn man diese Sätze mit den früher angeführten von Hunter-Ricord vergleicht, so ergibt sich sofort ein crasser Widerspruch. Während Ricord die Induration in der Regel am 5. Tage auftreten lässt, und zwar an einer schon binnen 24 Stunden nach dem Coitus sich zeigenden schwärenden Pustel, soll nach der dualistischen Lehre die Härte, als Produkt eines ganz anderen Giftes, mit jenen pustulösen Schankerevolutionen gar nichts gemein haben!

Wie soll dieser Widerspruch sich lösen, ein Widerspruch, der nicht an Erklärungsversuchen, sondern an objectiven Beobachtungen hervortritt?

Derselbe ist auch in der That den strengen Dualisten nicht entgangen. Sie haben, um ihn zu beseitigen, die Theorie des „gemischten Schankers" aufgestellt, d. h. sie nehmen an, dass in allen Fällen, wo direct nach dem Coitus ein pustulöser Schanker entsteht, dessen Basis erst nachträglich verhärtet, es sich um eine gleichzeitige Einwirkung zweier verschiedener Gifte auf ein und dieselbe Stelle gehandelt habe, deren eines, das Schankergift, ohne Incubation eine Localaffection, den pustulösen Schanker erzeuge, das andere, das Syphilisgift, direct in den Stoffwechsel übergehe und dann erst, also nach längerer Incubation, an der Angriffsstelle beider Gifte eine Induration — als ersten Ausdruck der schon vollzogenen Allgemeinvergiftung — hervorbringe. Diese aus weichem Schanker und syphilitischer Induration combinirte Veränderung an der Eintrittsstelle der Vergiftung nannte Rollet den „hybriden" oder „gemischten" Schanker und glaubte damit das nicht wegzuläugnende Factum erklärt zu haben, dass hie und da ein weiches venerisches, acut aufgetretenes Schankergeschwür im Laufe der folgenden Wochen nach und nach an der Basis induriren und dann allgemeine Syphilis-Erscheinungen im Gefolge haben kann.

Ich gehe hier nicht näher in die Erörterung dieser höchst geistreichen und ziemlich allgemein acceptirten Hypothese ein

und beschränke mich darauf, zu erklären, dass eine solche Combination zweier Gifte in der That nicht unmöglich wäre, wenn sie in Ausnahmsfällen vorkäme. Aber hier liegt die schwache Seite der Angelegenheit. Denn meine Erfahrung seit Jahren hat mich gelehrt und muss jeden unbefangenen Beobachter lehren, dass die als Ausnahmsfall bezeichnete Entstehungsart der Induration in der That die weitaus häufigste ist, wie dies auch Ricord, so lange er unbefangen war, d. h. in seinen Berichten von 1838 (Traité) und 1851 (Lettres) entschieden behauptet hat; dass dagegen die als Typus hingestellte Form der Entstehung einer Induration erst nach 2—3wöchentlicher Incubation ohne frühere Pustel- und Schankerbildung — jene Form, welche bei absichtlich angestellten Experimenten die Regel, freilich auch nicht ohne Ausnahme, bildet — klinisch in der weitaus kleineren Zahl der Fälle zur Beobachtung kommt.

Lässt man aber nun den „gemischten Schanker“ fallen, so fällt damit zugleich für den Dualisten auch die Möglichkeit, das langsame und allmälige Auftreten der Induration an den sofort nach dem Coitus entstandenen Schankern zu erklären, wenn man zugleich den Standpunkt festhalten will, welchen die Dualisten einnehmen, die Induration sei der Ausdruck der schon vollzogenen Infection und nicht durch die Einwirkung des Giftes von aussen her direct an der berührten Hautstelle entstanden.

Eine noch schärfere Accentuirung dieses Standpunktes stellt der sogenannte „deutsche Dualismus“ dar, welcher von Baerensprung im Jahre 1860 zuerst formulirt, die noch heute allgemein herrschende Lehre darstellt.

Derselben zu Folge ist der indurirte Schanker nicht die Ursache, sondern schon eine Folge der constitutionellen Affection. Er entsteht erst nach einer Incubation von circa 3—4 Wochen nach der Ansteckung. Abweichungen von dieser Regel werden als gemischte Schanker im Sinne Rollets gedeutet. Die Induration geht der Bildung eines Geschwüres vorher. Syphilitische Symptome sind auf Syphilitische nicht überimpfbar. Der weiche Schanker dagegen ist auf Syphilitische und nicht Syphilitische leicht und in Generationen übertragbar und hat mit der Syphilis nichts zu thun.

Das letzte Stadium in der Schanker-Contagiums-Frage, zugleich das letzte Aufflackern der unicistischen Lehrmeinungen ist

in den Fünfzigerjahren durch die **Syphilisation**, d. h. die Ueberimpfung des Eiters weicher Schanker auf Syphilitische zu prophylaktischen oder therapeutischen Zwecken (**Auzias Turenne**, **Sperino**, **Boeck**) gegeben worden. Daran schlossen sich Impfexperimente mit Eiter syphilitischer Affecte auf den Träger selbst (**Bidenkap**, **Köbner**) mit Erzeugung von in Generationen inoculirbaren Pustelschankern, aber ausnahmsweise auch von indurirten Schankern; ferner Ueberimpfungsversuche von gar nicht venerischen Affectionen, wie Scabiespusteln u. dergl. (**Pick**, **Wigglesworth** u. A.) auf Syphilitische mit Erzeugung ebenfalls in Generationen weiterimpfbarer Geschwüre; endlich in letzterer Zeit die von **Tarnowsky** u. A. geübte „Cauterisatio provocatoria", welche den syphilitischen Organismen ein eigenthümliches Verhalten gegenüber starken Aetzungen vindicirte und darauf diagnostische Schlüsse zu bauen versuchte.

Alle diese Versuche und die an sie geknüpften Erörterungen waren jedoch, so vielfach sie zu Bedenken und neuen Untersuchungen gegen die dualistische Theorie Anlass geben mussten, bisher nicht im Stande, das festgefügte, logisch scharf umrissene Gebäude des französischen und des deutschen Dualismus zu erschüttern — und so beantwortet sich die Frage, wo wir heute gegenüber den Lehren von Schanker- und dem Syphilis-Contagium stehen, in der einfachsten Weise so: Wir stehen ungefähr dort, wo wir vor 20 Jahren (1860 erschien **Baerensprung's** Fundamental-Aufsatz) gestanden sind — ein bedeutendes Moment, welches zum Fortschreiten Anlass gegeben hätte, ist seither nicht hervorgetreten.

Noch immer ist den Unicisten strenger Observanz die unläugbare Thatsache im Wege, dass einerseits der sogenannte weiche, leicht inoculable, oft mit suppurirenden Bubonen einhergehende Schanker ohne syphilitische Folgesymptome, andererseits der indurirte, von indolenten Bubonen begleitete, nach einer gewissen Incubation von syphilitischen Allgemeinerscheinungen gefolgte Schanker zwei in den die Mehrzahl bildenden typischen Fällen scharf und deutlich getrennte **Symptomenreihen**, d. h. Krankheits-Individuen von verschiedenem Gepräge darstellen.

Sowie jedoch weiter gegangen und eine scharfe Trennung beider Gruppen auch bezüglich der Krankheits-**Erreger** verfochten

27*

wird, — wie dies der sogenannte Dualismus versucht, dann zeigt sich mit nicht geringerer Evidenz, auf wie schwachen Füssen das Lehrgebäude auch dieser Schule steht; wie viele Thatsachen und Beobachtungen, die seine Hauptstütze bilden, vor der unbefangenen Beobachtung nicht Stand halten können und wie viele andere klinische und pathologische Momente die Künstlichkeit des immerhin geistreichen Systems erweisen. Und wenn nicht für die Contagienlehre der Syphilis schliesslich doch ein Mikrozoon als Deus ex machina hervortritt, eine eigenartige, der Züchtung unterwerfbare Bacterie im Blute Syphilitischer und nur in diesem wirklich entdeckt wird, — trotz vielfacher Anstrengungen und sanguinischer Untersuchungsberichte scheint dies bisher total misslungen zu sein — dann wird uns vorläufig nur übrig bleiben zu gestehen, dass wir der Wahrheit über das Syphilis-Contagium bisher in keiner Weise näher gerückt sind, trotz der verhältnissmässig günstigen Beobachtungsverhältnisse, trotz der Leichtigkeit, die natürliche Krankheitsübertragung an Betheiligten selbst kurze Zeit vor und nach der vollzogenen Thatsache zu studiren, und trotz der relativen Leichtigkeit, durch das Experimentiren die Wege, welche die Natur einschlägt, gleichsam mitzubenützen. Und so wollen wir es trotz alledem weiter versuchen, mit dem klinisch unbefangenen Auge, mit der rationell geführten Impflanzette, mit dem chemischen Reagenzglase und dem Mikroskope die Contagienfrage zu verfolgen, der bisher nur geringen Fortschritte bewusst aber durch sie nicht entmuthigt.

III. Die Krankheitsform Syphilis.

Im Frühling 1495 brach in Italien unter den schon im Herbste 1494 unter Karl VIII. zur Eroberung Neapels dahingezogenen Franzosen, die sich daselbst den fürchterlichsten Ausschweifungen überlassen hatten, die Syphilis in Form einer Seuche aus, welche sich auch den Eingebornen und bei der Auflösung des Heeres ganz Europa mittheilte. Die Franzosen beschuldigten die Italiener, diese die Franzosen der Uebertragung und so kommt es, dass die Seuche bald „morbus neapolitanus“ bald „*morbus* gallicus“ genannt wurde.

Sie ging, wie man bemerkte, am häufigsten von *Pusteln* (worunter wohl auch weiche und harte Geschwüre, Knoten ver-

standen wurden) der Genitalien aus, überzog nach kurzer Incubation von mehreren Tagen bis höchstens Wochen, in welchen aber schon Prodromalerscheinungen (Fieber, ziehende Schmerzen u. s. w.) auftraten, den Körper mit Ausschlägen aller Art, richtete Zerstörungen im Munde, im Schlunde, am harten und weichen Gaumen, in der Nase an, verursachte die furchtbarsten Muskel- und Knochenschmerzen und tödtete nicht selten durch hektisches Fieber, Wassersucht, Marasmus.

Die hervorstechendste Rolle spielten Hautausschläge, wuchernde Hautauswüchse und serpiginöse zerfallende Hautgeschwüre.

Marcellus von Como, Feldarzt des venetianischen Hilfscorps der Spanier, welcher im J. 1495 die Seuche zu Novara beobachtete, beschreibt das erste Auftreten und den Verlauf der Erkrankung mit folgenden Worten:

„Ich bezeuge, Reisige und Fussvolk der Venetianer und Mailänder an Pusteln im Gesichte und über den ganzen Körper in Folge des Siedens der Säfte (ex ebullitione humorum) erkranken gesehen zu haben, welche gewöhnlich an der inneren oder äusseren Fläche der Vorhaut oder auf der Eichel (Castanea) begannen, und zwar von Hirsekorngrösse, mit etwas Jucken. Bisweilen trat eine Pustel als kleines, schmerzloses, aber juckendes Bläschen auf, welches aufgekratzt wurde, ulcerirte, wie die formica corrosiva (Lupus?) und nach einigen Tagen von Schmerzen in den Armen, Unterschenkeln, Füssen und von grossen Pusteln gefolgt wurde.

Ich behandelte sie mit einem Aderlass an der Saphena, bisweilen an der Basilica, wendete digerirende und purgirende Mittel an und endlich Einreibungen an den Stellen, wo diess nöthig war. Diese Pusteln dauerten, wenn sie nicht behandelt wurden, ein Jahr und länger an den, Leprösen oder Variolösen ähnlichen Kranken".

Aus dieser Schilderung wie aus vielen anderen, z. B. der Beschreibung Jordan's von der sogenannten Brünner Epidemie 1577, welche von einer Badestube ausging und alle dort Geschröpften (über 100) befiel, geht hervor, dass die Krankheit damals entschieden einen epidemischen Charakter und zwar den einer contagiösen Infectionskrankheit zeigte, so dass sie sich am ehesten mit einer Zoonose, etwa mit Rotz vergleichen liesse.

Wenn wir uns nun mit einem grossen historischen Sprunge

in die Gegenwart und in die nächste Vergangenheit versetzen und mit einem Blick gewisse Endemien streifen, welche heutzutage einstimmig als Syphilis-Verseuchungen gewisser Bezirke und Länder (Syphiloide) gedeutet, aber früher unter den verschiedensten Namen: Sibbens, Radesyge, Marschkrankheit, jütländische Krankheit, Skerljevo u. s. w. als selbstständige Krankheiten betrachtet worden sind, und wenn wir endlich zum Schluss den typischen Verlauf eines Syphilisfalles von heute und unter gewöhnlichen Verhältnissen in Betracht ziehen: so macht sich sofort zwischen jener grossen Epidemie und den eben erwähnten Endemien eine überraschende Aehnlichkeit — zwischen beiden aber und dem typischen heutigen Verlaufe ein wesentlicher Unterschied geltend. Bei beiden tritt der locale Ursprung an den Genitalien, welcher z. B. bei der Skerljevo in Dalmatien, gleichwie bei Radesyge in Norwegen fast gar keine Rolle spielt, zurück gegenüber den heftigen, die Constitution im Ganzen verheerenden Erscheinungen, den diffusen pustulösen, ulcerösen, gummösen Hautformen, den gummösen Knochenerkrankungen, den visceralen Leiden, den Ernährungsstörungen wie bei hereditärer Syphilis u. s. w. Sowohl bei den epidemischen als bei den endemischen Formen erscheinen die Incubationen kurz, wie verwischt; sogenannte secundäre und tertiäre Symptome kommen gleich zu Anfang und unvermittelt zur Erscheinung und zwar in grösster Ausdehnung; alle Pustulationen und Ulcerationen tragen den Charakter heftiger Entzündung und der Phagedän; die qualvollen subjectiven Erscheinungen, wie sie jetzt meist als Folge tiefer Störungen, insbesondere der Knochenhaut und der Knochen selbst in schweren Fällen und verhältnissmässig spät beobachtet werden, treten wie mit einem Schlage auf und schliessen sich fast direct an ein Prodromalstadium an, welches, wie schon erwähnt wurde, die grösste Aehnlichkeit mit den Prodromen acuter Infectionskrankheiten zeigt — lethale Ausgänge sind häufig. In Südamerika, wo heute noch die Syphilis in unglaublicher Intensität als eine epidemisch-endemische Krankheit herrscht, ist z. B. auch heute noch die Statistik der Todesfälle eine erschreckliche. Im Hospital de la Caridad in Valparaiso waren z. B. nach Fournier vom Mai 1871 bis März 1872 unter den daselbst überhaupt vorgekommenen 912 Todesfällen 52 (15 M. 37 W.) an Syphilis gestorben. Freilich waren in diesem Spital

im Jahre 1877—78 (nach Savatier, citirt bei Hirsch) unter 972 aufgenommenen Kranken 485 syphilitische gewesen. Schliessen Sie davon auf die Mortalität zur Zeit des ersten epidemischen Ausbruches am Ende des 15. Jahrhunderts und Sie werden es begreiflich finden, dass die Zeitgenossen der Syphilis gegenüber genau dieselbe Angst und Verzweiflung ergriff, wie heute etwa Epidemien der Bubonenpest, des gelben Fiebers, der Cholera gegenüber, und dies um so mehr, als da wie dort schlechte hygienische Zustände, Armuth, Hunger und Schmutz der Bevölkerung unzweifelhaft und von allen Beschreibern als Hauptbeförderer des Umsichgreifens und der Heftigkeit des Wüthens der Seuche angegeben werden.

Die Fortschritte, welche die pathologische Anatomie in den letzten Jahrzehnten gemacht, haben aber weiter eine Erkenntniss in den Vordergrund gerückt, welche, keineswegs neu, von vielen Forschern und Schriftstellern längst früher und in deutlichster Weise geltend gemacht [1]), aber doch erst in unserer Zeit durch Detailuntersuchungen begründet worden ist und sich täglich nach neuen Richtungen neue Geltung verschafft — die Erkenntniss nämlich, dass die Syphilis nicht nur geographisch und historisch, sondern auch nosologisch eine fast unbegrenzte Wirksamkeit entfaltet, dass es fast kein Organ und kein Gewebe gibt, in welchem nicht die syphilitische Erkrankung Veränderungen hervorzubringen vermöchte. Seitdem Virchow durch seine epochemachende Schrift „über die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen" im J. 1859 eine Revision unseres pathol.-anatomischen Wissens über die Syphilis eingeleitet und zunächst sämmtliche Formen der Organerkrankung in zwei grosse Gruppen: irritative oder active und passive oder negative (marastische) getheilt, den Unterschied der secundär und tertiär-syphilitischen Processe für unhaltbar erklärt, Schankerinduration und Gumma als im Wesen identische Zelleninfiltrationen des Bindegewebes demonstrirt hat, und die anatomische Specificität dieser Infiltrationen bei Syphilis durch eine Reihe von Untersuchungen gegenüber anderen Zelleninfiltrationen aufgelöst worden ist — mehrt sich von Tag zu Tag die

[1]) Sagt doch schon Ulrich von Hutten: „Ita enim in multa derivatur hoc malum ut in uno inesse morbos omnes videri possit".

Zahl jener pathologisch-anatomischen Untersuchungen an den verschiedensten Organen und Geweben. Damit zugleich ist die klinische Beobachtung im Begriffe, der Syphilis ein immer weiteres Gebiet am Krankenbette einzuräumen; auf der ganzen Linie der klinischen Thätigkeit ist man beschäftigt, die Symptomencomplexe zu revidiren und charakteristische Bilder für die durch Syphilis erzeugten Organerkrankungen zu gewinnen. Gegenstände eifriger Bearbeitung bildeten schon lang das Knorpel- und Knochengewebe und die Gelenke, dann die Sinnesorgane bei Syphilis; aber an Intensität des klinischen Studiums ist offenbar gegenwärtig das centrale und periphere Nervensystem in die erste Linie gerückt; nach und nach sind die Gefässhäute, deren wesentliche Beeinflussung durch die Syphilis feststeht; dann die Eingeweide des Brust- und Bauchraumes, zuletzt die kleineren drüsigen Organe, die Muskeln, Sehnen, Schleimbeutel, serösen Häute hinzugekommen u. s. w.

Sie sehen, dass der Spielraum ein grosser ist und immer grösser wird, welchen die Klinik dem ätiologischen Momente: Syphilitische Infection, gewährt. — Seit Morgagni Fälle von Eingeweidesyphilis geschildert; seit später Dittrich 1849 die Syphilis der Leber zum Theil an Fällen demonstrirt hat, welche Oppolzer und Bochdalek früher als Carcinome dieses Organs beschrieben hatten, bis heute ist in dieser Richtung in der That Viel und Wichtiges geschehen. Allein es wäre unrichtig, wenn daraus der Schluss gezogen würde, dass in der That nicht blos extensiv sondern intensiv wesentliche Fortschritte in der Diagnose der syphilitischen Organerkrankungen in den letzten Jahren gemacht worden seien. Der wissenschaftliche Streit über die Häufigkeit des syphilitischen Ursprunges der Tabes, über die Existenz einer syphilitischen Pneumonie; über das Verhältniss der Syphilis zu Rhachitis und Scrofulose, über die Modalitäten der Syphilisvererbung durch die Zeugung u. s. w. bewegt sich noch heute mehr in den Bahnen einer aufmerksamen Empirie als scharfer pathol. Begründungen und die medizinische Statistik hat heute noch dabei in der Regel mehr zu thun als die wirkliche klinische Verknüpfung der Beobachtungen und Symptomengruppen untereinander.

Man kann nicht anders urtheilen, wenn man z. B. in der die syphilitische Tabes betreffenden Frage die Natur der Argumente und die Zahlenangaben prüft, welche von der einen Seite

(Fournier, Erb) für, von der anderen (Westphal, Leyden) gegen die Häufigkeit derselben vorgebracht werden, oder wenn man einerseits die ausschliessliche Vererbung der Syphilis durch die Mutter (Langlebert, Oewre, Wolff), andererseits (Swediaur) ausschliesslich durch den Vater, endlich aber (Ricord, Diday, Kassowitz u. A.) sowohl durch den Vater als durch die Mutter für möglich und erwiesen hält; wenn einerseits die Meinung aufgestellt werden kann (v. Baerensprung): der Same eines syphilitischen Mannes inficire die gesunde Frau nur dann, wenn er sie zugleich befruchte (Choc en retour) anderseits (Kassowitz): die Placenta gestatte den Durchtritt des Syphilisgiftes, die Infectio in utero überhaupt gar nicht; wenn schliesslich gar von Baerensprung die Ansicht ausgesprochen werden konnte, dass vom Vater vererbte Syphilis sich beim Fötus durch Erkrankung der Leber und Nebennieren, die von der Mutter übertragene in den Lungen localisire u. dgl.

Aus all dem Gesagten geht hervor, dass für die Syphilispathologie heute noch gewaltige Aufgaben zu lösen, ja die Fundamentalfragen der Symptomatologie und Differentialdiagnose erst zu beantworten sind. Zugleich aber ergibt sich daraus, dass der Syphilidolog von heute keineswegs mehr sich mit der Rolle eines Specialisten begnügen kann und darf, sondern dass er nur im Fahrwasser der klinischen Gesammtforschung und mit allen Hilfsmitteln der wissenschaftlichen Technik vertraut im Stande sein wird, auf dem Gebiete der Syphilis-Pathologie Erspriessliches zu leisten.

IV. Die Therapie und Prophylaxe der Syphilis.

In jener berühmten Abhandlung, welche unser grosser deutscher Humanist, Ulrich von Hutten, dem Erzbischofe Adalbert von Mainz gewidmet hat, um den Nutzen des Guajakholzes gegen die „gallische Krankheit“ zu verkünden, an welcher er selbst seit 8 Jahren in hohem Grade litt und an welcher er schliesslich (1523) auf der Insel Ufnau in Zürich auch gestorben ist, schildert der Verfasser die Art, wie die Seuche zu jener Zeit behandelt zu werden pflegte, mit den grellsten Farben, so dass, wie er sich in klassischem Latein ausdrückt, „credi possint nimis vivendi cupidi, qui non mori maluerint, quam sic vitam proferre“.

Dem gegenüber preist nun Hutten das eben von Amerika herübergekommene Guajakholz, durch welches er selbst geheilt worden sei, in überschwänglicher Weise.

Sie sehen m. H. womit die Syphilisbehandlung nach dem ersten Auftreten der Seuche inaugurirt worden ist: mit einem Kampfe zwischen der mercuriellen und vegetabilischen Behandlungsweise, einem Kampfe, der bis in unsere Zeit fortspielt, zu wiederholten Malen auf einige Zeit verwischt erscheint, aber dann immer wieder emporbricht. Wir haben in den letzten Jahrzehnten ein solches neues Aufflackern des Streites mitgemacht. Allein während ursprünglich die Syphilissymptome unbedingt als Ausdruck der Infectionskrankheit selbst betrachtet und nur Salivationserscheinungen dem unsinnigen Missbrauch des Quecksilbers zugeschrieben worden sind, hat in neuerer Zeit der Antimercurialismus eine viel kühnere Haltung angenommen und eine grosse Anzahl der Syphiliserscheinungen überhaupt, besonders aber jene der sogenannten tertiären Formen als directe Wirkung des Hg, also als Mercurialismus erklärt und in der supponirten Eigenschaft des Jod, in den Geweben vorhandenes Hg zur Ausscheidung zu bringen, eine Erklärung für die Heilwirkung des Jod gegenüber den erwähnten tertiär-syphilitischen, richtiger also mercuriellen Erscheinungen zu finden geglaubt. Einen Mittelweg hatten zu Anfang dieses Jahrhunderts die Anhänger des sogenannten „simple treatment“ in Folge der in Portugal gemachten Erfahrungen englischer Militärärzte eingeschlagen und sich ihnen die ganze Broussais'sche Schule angeschlossen, indem sie durch eine blos auf Antiphlogose, Laxantien, Ruhe und Diät beruhende Behandlung zu günstigen Heilresultaten gelangten. In unserer Zeit hat eine andere Mittelpartei (Baerensprung, Zeissl), ohne den Mercurgebrauch ganz zu verlassen, dem Hg wohl eine günstige Einwirkung auf die äusseren Symptome der Syphilis, dagegen eine ungünstige auf die Constitution, eine Steigerung der Wirkung des syphilitischen Giftes in dem Körper und die Begünstigung von Recidiven und schweren Spätformen zugeschrieben, und sich dem entsprechend mehr der Jodanwendung neben blos localem Hg-Gebrauche zugeneigt. Da gegenwärtig die Scheusslichkeiten der Einreibungskuren, wie sie analog der Hutten'schen Schilderung noch in unserer Zeit in Form der

sogenannten Louvrier-Rust'schen Salivationskur das Martyrium vieler Unglücklichen bildeten, insbesondere durch das Verdienst v. Sigmund's weggefallen sind, so sind immerhin die klinischen Beobachtungen und die Bedenken unbefangener Fachmänner wie Baerensprung und Zeissl einer weiteren Prüfung würdig.

Sie sehen m. H., dass wir, was die Grundlagen der Hg-Anwendung bei Syphilis betrifft, seit 400 Jahren nicht viel weiter gekommen sind. Anders freilich verhält es sich bezüglich der Form der Hg-Einverleibung und hier muss ein wesentlicher Fortschritt in der That constatirt werden. Eine Reihe neuer oder ausser Gebrauch gekommener Hg-Präparate ist seit den letzten Jahren aufgetaucht. Ich nenne hier von innerlich anzuwendenden Präparaten das Hg-Oleat und das erst neuerlich dargestellte Hydr. tannicum oxydulatum (Lustgarten), von äusserlichen Anwendungsweisen die Räucherungen insbesondere mit Calomel; in erster Linie aber die hypodermatischen Injectionen mit Sublimat, Sublimatchlornatrium, Hg-Albuminaten und Hg-Pepton, endlich mit Hg-Formamid (Liebreich). Insbesondere die hypodermatische Einverleibung des Sublimats ist nun, wie Sie sich an meiner Klinik überzeugen werden, durch eine entsprechende Methode von den meisten oder allen ihr früher zugeschriebenen unangenehmen Nebenwirkungen befreit und dürfte wohl nach und nach an Stelle der in der That unwissenschaftlichen Einreibungsmethode mit grauer Hg-Salbe, welche weder die Menge, noch die Form des einverleibten Hg irgendwie erkennen lässt, in der Syphilispraxis zu treten geeignet sein.

Was bildet denn nun heutzutage den eisernen Bestand der Syphilisbehandlung? Hier müssen wir abermals gestehen, dass ein grosser Fortschritt seit der Einführung des Jod durch Wallace (1835) nicht gemacht worden ist. Sind doch Versuche mit neuen antisyphilitischen Mitteln, z. B. der Tayuya, dem Pilocarpin u. a. ungünstig ausgefallen. Dagegen ist freilich wieder durch die Lister'sche Methode und durch das Jodoform für die Behandlung der localen venerischen Affecte, insbesondere der weichen Schankergeschwüre ein grosser Fortschritt gemacht worden und werden ebenso günstige Resultate bei vereiternden Bubonen durch eben dieselben Mittel in Verbindung mit einer abortiven Punctionsmethode anstatt der früher üblichen lang-

samen Abscessreifung und des rohen Verfahrens mit der Wiener Aetzpasta u. dgl. erzielt.

Ueber die Methode der Excision harter Schanker, deren Werth oder Unwerth in den letzten Jahren den Gegenstand vieler Versuche und lebhafter Controversen gebildet hat und immerhin wenigstens durch diejenigen, welche mit ihr günstige Erfolge erzielten, als ein bedeutender Fortschritt in der Syphilistherapie angesehen werden muss, soll hier, so lang die Acten nicht geschlossen sind, kein Urtheil abgegeben werden.

Fassen wir die gemachten kurzen Andeutungen zusammen, so ergibt sich daraus ein recht klägliches Gesammtbild: wir stehen der Syphilis als Therapeuten im Grunde nicht viel anders gegenüber, als unsere Vorfahren im sechzehnten Jahrhundert; von dem inneren Zusammenhang zwischen Krankheit und Heilwirkung der Mittel wissen wir trotz eingehender und an sich verdienstvoller chemischer und pharmakologischer Arbeiten nichts und über die prognostischen Verhältnisse bei den verschiedenen Heilmethoden können uns die irrationellen, willkürlichen und unbrauchbaren Ziffernanhäufungen, welche man als Syphilis-Statistik bezeichnet, keinerlei Aufschluss geben. Die Jahr aus Jahr ein publicirten Berichte der Spitäler enthalten in dieser Hinsicht stets nur Fables convenues; wie denn z. B. im Jahre 1879 nach dem Jahresberichte dieses unter vortrefflicher Leitung stehenden Krankenhauses ein Einziger unter 1000 Venerischen auf der ersten Syphilis-Klinik ungeheilt geblieben und ein Einziger gestorben ist.

Man wird freilich einwenden, dass die besprochenen Verhältnisse, die ja allgemein bekannt sind, das Wesen der Sache, d. h. die Action des aus den Kliniken hervorgehenden praktischen Arztes am Krankenbette selbst nicht berühren. Aber gerade in dieser Meinung steckt ein grosser Irrthum. Bei der Syphilis zeigt sich ja am klarsten der innige Zusammenhang, welcher zwischen der pathologischen Auffassung des Arztes und seiner therapeutischen Action unausweichlich herrschen muss und herrscht. Fast jedesmal, wenn der Arzt einem Syphilissymptome gegenüber steht, tritt an ihn als wichtige Bedingung die frühere Beantwortung einer oder mehrerer scheinbar rein theoretischer Vorfragen heran. Sie sehen einen Kranken mit indurirtem Schanker ohne sonstige Er-

scheinungen — ehe Sie die Feder zum Schreiben eines Receptes in die Hand nehmen, müssen Sie sich im Geiste darüber klar geworden sein: ob Sie den indurirten Schanker für ein Symptom der schon vorhandenen constitutionellen Erkrankung oder für einen Localaffect ansehen, denn davon hängt es ab, ob Sie eine Abortivbehandlung, z. B. die Excision anwenden, oder mit sofortigem Gebrauch von Mercurialien beginnen — oder ob Sie bis zum Ausbruch allgemeiner Symptome warten sollen. Ob das Schwinden eines syphilitischen Exanthems und des Rachenkatarrhs das Signal für das Aufhören der Behandlung geben soll; ob die Syphilisbehandlung periodenweise wenigstens durch einige Zeit (3 Jahre vom Beginne an, wie Fournier will) wiederholt werden soll; ob und für welche Zeit die Syphilis dem Eingehen einer Ehe hinderlich sein und welche Symptome hauptsächlich in dieser Beziehung in Betracht kommen sollen, — ob bei hereditär-syphilitischen Kindern sofort eine energische Mercurial-Behandlung einzutreten habe; — ob syphilitische Kinder ihren Müttern mit oder ohne Syphilissymptome derselben zum Säugen überlassen werden dürfen; — Alles das sind Fragen von so einschneidender Wichtigkeit, von solcher Actualität und so dringlichem Charakter und mit solcher Verantwortlichkeit für den Arzt verbunden, dass es ihm nicht gestattet sein kann, im Falle des Bedarfes einfach nach den Recepten eines renommirten Lehrbuches — man könnte sagen: unbewusst —, zu handeln, sondern dass ein ernstes und eingehendes klinisches Studium der Materie, das Gewinnen einer eigenen Ueberzeugung über alle diese Fragen geradezu unabweislich erscheint.

Ich wäre glücklich, wenn diese Worte Einiges dazu beitrügen, um die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit des klinischen Syphilis-Studiums zu einer recht eindringlichen und allgemeinen zu gestalten.

An den therapeutischen Excurs, welchen ich soeben mit Ihnen vorgenommen, m. H., hätte ich gern noch Einiges über die heutige Stellung der Syphilis als Volkskrankheit, über den Stand der Prophylaxe und die Staatsmassregeln gegen ihre Verbreitung durch die Prostitution u. s. w. zur Sprache gebracht. Aber dasjenige, was ich Ihnen mitzutheilen hätte, ist so wenig erfreulich; das, was die Aerzte bisher dem Staate gegenüber durchzusetzen ver-

mocht haben, so kläglich gering, trotz der evidenten Zunahme der Initialsclerosen, welche alle Spitalsberichte ausweisen und von welcher Ihnen z. B. die grosse Zahl derselben auf meiner Abtheilung einen klaren Beweis liefern mag; — eine internationale Regelung der Frage endlich wird so oft verschoben und trotz mehrfacher Anläufe stets wieder in die Ferne gerückt, dass ich für heute bei der ohnedies vorgeschrittenen Zeit von der Besprechung dieses hochwichtigen und interessanten Themas abstehen muss.

Und so schliesse ich denn mit dem Danke, dass Sie m. H. mir so lange aufmerksam gefolgt sind, mit dem Bedauern, dass ich gezwungen war, so wenig erfreuliche Bilder Ihrem geistigen Auge vorzuführen, aber zugleich mit dem Wunsche und der Hoffnung, dass es der weiteren wissenschaftlichen Arbeit, vielleicht in bescheidenem Masse auch jener auf der Arena, in der wir jetzt versammelt sind, gelingen werde, Erspriessliches zur Lösung der vielen Fragen, welche einer solchen bedürfen, beizutragen. Sagt doch der grosse englische Dichter Milton im Hinblick auf die Schwierigkeit, Wahrheit zu erringen, treffend:

„Error is but opinion in the making"

„Irrthum ist Nichts als die Meinung im Werden!"

Bericht über die Verhandlungen der Section für Dermatologie und Syphilis

auf dem

achten internationalen medicinischen Congresse

in Kopenhagen, 10—16. August 1884.

Der diesjährige internationale medicinische Congress, welcher vom 10. bis 16. August in Kopenhagen abgehalten wurde, hat die Erwartungen vollauf gerechtfertigt, welche man an eine solche Versammlung stellen kann, ja er hat diese Erwartungen, mögen sie auch noch so hoch gespannt gewesen sein, in mancher Beziehung übertroffen. Eine der wichtigsten Aufgaben dieser Versammlungen, die Arbeiter auf dem weiten Gebiete medicinischer Forschung zum Zwecke der so wirksamen, die gemeinsame Arbeit fördernden persönlichen Bekanntschaft an einem Punkte zu vereinigen, wurde durch die grosse Betheiligung der Collegen aus allen Weltgegenden erreicht.

Mehr als 1200 auswärtige Gäste haben sich zu diesem Zwecke in Kopenhagen eingefunden. Kein Wunder, dass auf diese Weise der gegenseitige Ideenaustausch ein sehr reger war, dass frischer Ansporn zu neuer Arbeit gewonnen wurde, dass mancher bitteren Fehde durch die persönliche Begegnung, durch Aufklärung von Missverständnissen der Stachel persönlicher Gereiztheit benommen und die wissenschaftliche Discussion in eine der Erforschung der Wahrheit zuträglichere, ruhigere Bahn gelenkt wurde.

Die weitere Aufgabe, die Discussion einzelner Tagesfragen, wurde durch die emsigen Arbeiten in den Sectionen eifrigst betrieben und manche Frage durch das Gewicht der sie discutirenden Persönlichkeiten, mehr noch durch die Fülle der von den verschiedensten Gesichtspunkten vorgebrachten Argumente geklärt und beantwortet.

Kurz gesagt, die Signatur des Kopenhagener Congresses war: „gemeinsame Arbeit“.

Dass aber dieses Ziel erreicht werden konnte, verdankt der Congress der Wahl Kopenhagens als Versammlungsort und der rastlosen Thätigkeit des Organisations-Comités vor und während der Versammlung.

Die Section für Dermatologie und Syphilis hat die Genugthuung, von sich sagen zu können, dass sie zu dieser ehrenden Signatur des Kopenhagener Congresses wesentlich beigetragen hat. Die Betheiligung der Dermatologen war eine sehr bedeutende, der Besuch der Sitzungen ein ausserordentlich starker, die verhandelten Gegenstände betrafen die wichtigsten Tagesfragen und wurden einer ebenso eifrigen als sachlichen Discussion unterworfen.

In der dankenden Erwiederung auf die herzliche Begrüssung seitens des Seniors der dänischen Fachcollegen, des Herrn Prof. Engelsted bei dem opulenten und doch gemüthlichen Diner, welches diese Collegen den auswärtigen Mitgliedern der Section gegeben haben, habe ich es ausgesprochen, dass Dänemark und voran Kopenhagen, mit seiner betriebsamen und dabei doch heiteren Bevölkerung, deren Gastfreundschaft durch die Tradition längst allgemein bekannt war, eine grosse Anziehungskraft für den Fremdenbesuch besitze, für den Dermatologen überdies die Eingangspforte bilde zu jener Pilgerfahrt, die er wenigstens einmal im Leben zu unternehmen wünscht, um Studien über eine der interessantesten Krankheiten anzustellen, deren Kenntniss durch die Arbeiten der nordischen Collegen so sehr gefördert wurde und deren Studium er gerade hier in der zugänglichsten Weise betreiben kann.

Dänemark und Kopenhagen konnten unbeschadet der Ungunst der Verhältnisse, welche, durch die Invasion der Cholera auf europäischem Boden geschaffen, für viele Collegen ein Bedenken, wenn nicht gar ein Hinderniss des Congressbesuches abgaben, auf eine grosse Betheiligung und dem entsprechend auf einen grossen Erfolg rechnen. Der altbewährte Ruf der Gastlichkeit ist zu neuem Glanze gekommen, der königliche Hof und das Volk, die Commune und der Einzelne wetteiferten in dem Bestreben, der Versammlung und jedem einzelnen Mitgliede derselben Beweise ihrer Achtung vor der Wissenschaft und deren Trägern zu geben.

Es ist hier nicht der Ort, die vielen Festlichkeiten aufzuzählen, die als der Ausfluss dieser Gefühle zu betrachten sind. Die Tages-

blätter haben in der Zeit vom 10. bis 16. August 1884 ihre Spalten damit gefüllt.

Nicht minder aber hat zu dem grossen Erfolge die ausgezeichnete Organisation und die Fülle von Vorarbeiten beigetragen, welche die herbeigeströmten Theilnehmer bereits vorgefunden hatten.

Um die Organisation im Grossen und Ganzen haben sich der Präsident des Congresses, Herr Prof. Panum, und der Generalsecretär, Herr Prof. Lange, nebst einem ganzen Stabe opferfreudiger Männer hoch verdient gemacht.

Für die Organisation der Section für Dermatologie und Syphilis hat das Comité, bestehend aus den Herren: Prof. Haslund als Präsident, Dr. Pontoppidan als Secretär, Prof. R. Bergh, Dr. Borch, Dr. Engelsted, Dr. N. Holm, beste Sorge getragen.

Wie sehr sie ihrer Aufgabe gerecht worden sind, das werden die nachfolgenden Blätter zeigen, in welchen wir einen getreuen Bericht der Verhandlungen der Section bringen; was aber nicht ersichtlich gemacht werden kann, das ist das Opfer an Zeit, an Mühe und Arbeit, das sie gebracht, das ist die Liebenswürdigkeit und Unverdrossenheit, die sie vom ersten bis zum letzten Augenblicke bethätigt haben.

Die Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis erfüllt eine angenehme Pflicht, indem sie Namens aller Fachgenossen, Namens der Disciplinen, die sie vertritt, den Tribut der Dankbarkeit zollt Allen, die zu dem Gelingen des Congresses beigetragen und den Theilnehmern am Congresse ihre Sympathien zu erkennen gaben: dem Könige und dem königlichen Hofe, der Stadt Kopenhagen und dem dänischen Volke, — nicht zuletzt den Collegen, welche die Last der Arbeit auf sich genommen haben.

Für die Redaction: Prof. Pick.

Erster Verhandlungstag, Montag den 11. August.

Die Section für Dermatologie und Syphilis constituirte sich am ersten Verhandlungstage Montag, den 11. August, bei Anwesenheit von 60 Theilnehmern nach einer Ansprache des Präsidenten des Organisations-Comités, Herrn Prof. Haslund.

Zu Ehren-Präsidenten wurden ernannt die Herren: Doutrelepont (Bonn), Hansen (Christiania), Kaposi (Wien), Lang (Innsbruck), Leloir (Lille), Lipp (Graz), Martineau (Paris), Malcolm Morris (London), Pick (Prag), Schoemaker (Philadelphia), Thin (London).

Zu Schriftführern die Herren: Barthélemy (Paris), Brauner (Kopenhagen), Lustgarten (Wien), Friedrich (Philadelphia), Pontoppidan (Kopenhagen).

Den Vor- und Nachmittagssitzungen dieses Tages präsidirte Herr Prof. Haslund.

Verhandlungs-Gegenstände:

I. Die Aetiologie des Lupus.

Die Herren **Doutrelepont** und **Leloir** lesen ihre Referate, welche wir unter den Originalien veröffentlichen. (s. S. 289 und 303).

Discussion.

Prof. Pick: Ich halte es für zweckmässig, dass Herr Prof. Kaposi vor mir das Wort erhalte, von dem es bekannt ist, dass er eine den Referenten gegentheilige Ansicht verfechten werde, um meinerseits auch auf diese eingehen zu können.

Prof. Kaposi (Wien): In der discutirten Frage, ob Lupus und Tuberculose verschiedene oder verwandte oder identische Processe seien, ist vor Allem das Moment zu erörtern, welches in den letzten Worten des Vorredners (Leloir) so eigenthümlich ausgedrückt wurde, indem er erstens meinte, dass vielleicht der Lupus eine gemilderte Tuberculose wäre und zweitens, ob wir nicht etwa verschiedene Processe zuweilen als Lupus bezeichneten und so ein Theil der Meinungsdifferenzen entstand. Und das ist es, wogegen vor Allem nicht strenge genug aufgetreten werden kann.

Es gab eine Zeit, wo man nur destructive Processe der Extremitäten Lupus nannte und dann wieder nur solche des Gesichtes und seit Willan erst ist das klinische Bild desselben genauer fixirt. Aber im Laufe dieses Jahrhunderts, Dank den Arbeiten der Franzosen und Hebra's und schliesslich noch unter dem Einflusse der neueren histologischen Studien hat sich der Lupus als ein so streng umschriebener klinischer Begriff herausgebildet, d. i. der Begriff eines Processes mit so markanten und regelmässigen Erscheinungen der Entwicklung, der Form und des Verlaufes, dass eine Verwechslung desselben mit anderen Processen ganz unstatthaft ist.

Freilich war und ist dem nicht immer so. Allein dann liegt dies in der Mangelhaftigkeit des Falles, die stets vorübergehend, durch Complicationen oder andere äussere Umstände bedingt ist, oder in der Mangelhaftigkeit der persönlichen Erfahrung und Uebung. Bei einem Beobachtungsmateriale von etwa 1200 Lupuskranken, deren

grosser Theil selbstverständlich nicht Tage und Wochen, sondern Monate und Jahre unter seinen Augen blieb, hat Kaposi niemals und nicht bei 50—60jährigem Bestande des Processes den Lupus anders sich entwickeln und verlaufen gesehen, als in der den Fachmännern bekannten Weise der Entwicklung von disseminirten, tief in das Corium eingesprengten Knötchen, welche in lentescirendem Verlaufe exfoliiren, narbige Schrumpfung hinterlassen oder exulceriren, wozu noch eine gewisse Summe von histologischen Charakteren kommt, so dass wir heutzutage so zu sagen das äussere und innere Ansehen des Processes in jedem Falle vor Augen haben. Aber die anatomischen Verhältnisse für sich allein sind durchaus nicht absolut charakteristisch und für sich allein ausreichend, um eine vorfindliche Form als Lupus zu markiren, es gehört dazu vor Allem das klinische Bild und es kann nicht genug scharf betont werden: Lupus ist ein klinischer Begriff.

So lange derselbe nicht so scharf und allseitig durchgebildet war, als er dem geübten Fachmanne es sein muss, sind im Praktischen und Theoretischen Verwechslungen mit anderen Processen möglich und statthaft gewesen und die natürlichste Verwechslung war die mit Syphilis wegen der grossen Aehnlichkeit der ulcerösen und serpiginösen Formen beider Processe. Und selbst der grosse Hebra habe erst in den letzten Jahren sich von der Meinung losmachen können, dass manche Formen des Lupus mit Syphilis hereditaria irgendwie zusammenhingen, da Kaposi in der Lage gewesen sei zu zeigen, dass Lupus und Syphilis im selben Individuum neben einander und von einander ganz unbeeinflusst bestehen und verlaufen können, und dass die angenommenen Mischformen, wie Lupus syphiliticus als nicht existirend bezeichnet werden müssen, indem jeder so imponirende Fall entweder als Lupus oder als Syphilis sich entpuppt.

Anders ist's mit dem Verhältniss des Lupus zur Scrophulose, welches zwar in einer gewissen vagen Weise von den Pathologen angenommen, aber vom Redner nicht weiter erörtert wird, u. zw. einzig aus dem Grunde, weil der Begriff der Scrophulose selber noch ein so unbestimmter ist.

Und nun tritt wie früher bezüglich der Syphilis, so jetzt bezüglich der Tuberculose die Frage der Verwandtschaft oder Identität des Lupus mit grosser Intensität in den Vordergrund der Discussion. Schon lange und wiederholt ist jene Frage in ätiologischer und noso-

logischer Richtung ventilirt, aber fast durchwegs in negativem Sinne beantwortet worden. Manche sind sogar so weit gegangen, zu sagen: dass beide Processe sich gegenseitig ausschliessen. Dass bei Personen, welche von frühester Kindheit und Jahrzehnte hindurch an einem Uebel laboriren, das seiner Natur nach mit entzündlichen Complicationen allerlei Art, der Haut, der Drüsen, der Knochen und Gelenke einhergeht, die häufig auch in schlechten Verhältnissen leben, Erscheinungen der Tuberculose auftreten und so als Complicationen des Lupus sich darstellen, ist im Gegentheil ja nach allgemein pathologischen Erfahrungen nur zu erwarten. Unerwartet und überraschend ist nur, dass dies so überaus selten geschieht, dass, wie gesagt, man sogar die beiden Processe gegenseitig sich excludiren liess.

Erst mit dem Funde der Riesenzellen im Lupusknötchen durch Friedländer hat man mit dem letzteren ein anatomisches Analogon zwischen Tuberculose und Lupus geglaubt gefunden und das Recht gewonnen zu haben, den Lupus als eine locale Tuberculose oder als Tuberculose der Haut anzusehen.

Allerdings ist diese Art des theoretischen Baues durch die Riesenzellen selber gestürzt worden, indem sie bekanntlich alsbald auch in vielen anderen zum Theile ganz unschuldigen Gewebsformationen sich vorfanden und so die pathognomonische Bedeutung für den Tuberkel einbüssten.

Viel mehr Grund hat die Frage bekommen, seitdem die Gegenwart des Koch'schen Tuberkel-Bacillus im Lupus constatirt ist und seitdem die vielfachen Experimente gelehrt haben, dass man durch Einbringen von Lupusstückchen ins Auge, die Peritonealhöhle, unter die Haut mancher Thiere örtliche und allgemeine Tuberculose erzeugen kann. Zwar sind jene Tuberkelbacillen meist nur in höchst spärlicher Zahl gefunden und die Impfresultate oft negativ ausgefallen, allein es sind die positiven doch wichtig genug, dass Kaposi deren absoluten Werth in Nichts abschwächen möchte.

Allein was Anderes ist es mit der Frage, ob nun mit den genannten Funden, welche theils von den Fachcollegen gekannt, theils von den Vorrednern in ihren Mittheilungen ergänzt und bereichert wurden und daher hier nicht wieder detailirt vorgebracht werden sollen, ob mit denselben nun auch der Lupus als Tuberculose charakterisirt und als solche anzusehen und mit derselben identisch wäre.

Gäbe es keine Tuberculose der Haut, so wäre gegen eine solche

Annahme nichts vorzubringen. Allein wir kennen die wahre wirkliche Tuberculose der Haut und es stellt sich heraus, dass dieser Process ein eminent charakteristisches, nach jeder Richtung scharf und kenntlich gezeichnetes klinisches Bild darbietet, so dass die Diagnose der Tuberculose der Haut heutzutage ebenso sicher zu stellen ist, wie die des Lupus. Aber man wird eben aus dem Grunde auch ganz vergeblich eine Aehnlichkeit zwischen den beiden Krankheitsprocessen suchen. Kaposi hat einschliesslich der von Jarisch und von Riehl publicirten Fälle seiner Klinik und der von Finger 13 Fälle von Tuberculose der Haut gesehen. Es war stets Miliar-Tuberculose, grauliche, rasch schmelzende und ausfallende Knötchen, welche lochförmige Geschwüre hinterlassen und zu flachen, buchtigen, wie ausgenagt randigen, höchst schmerzhaften Geschwüren verschmelzen, die saniösen Eiter secerniren und vorwiegend circa os, nares et anum localisirt sind. K. beschreibt noch näher die Erscheinungen der Tuberculose der Haut und betont noch schliesslich, dass bei dieser meist rasch und letal verlaufenden Krankheitsform die Tuberkelbacillen stets in überaus grosser Menge sich vorfinden.

Herr Kaposi wendet sich nun gegen einzelne Erklärungsversuche der Anhänger von der Tuberkel-Natur des Lupus, z. B., dass nach Koch im Lupus wenig Bacillen sich fänden, weil die Hauttemperatur deren Vegetation wenig günstig sei, da ja im Gegentheil bei Tuberculosis cutis die Bacillen in grosser Menge vorhanden sind und schliesst mit den Worten: Was der Koch'sche Bacillus für die Tuberculose bedeutet, müssen diejenigen Fachmänner erörtern, die sich mit der Tuberculose beschäftigen. Wir aber dürfen fragen, was die spärlich im Lupus vorfindlichen Bacillen mit diesem Processe zu thun haben? Und da müssen wir sagen, dass eine Beziehung desselben zum lupösen Processe und zur lupösen Neubildung in keiner Weise erwiesen oder wahrscheinlich gemacht ist und dass es nicht angeht, zwei klinisch so scharf gezeichnete und von einander so verschieden sich darstellende Processe auf Grund und aus Veranlassung ganz vager mikrobiotischer Funde und ätiologischer Vorstellungen mit einander zu vermengen, die wie selten scharf gezogenen Grenzen der klinischen Bilder ins Nebelhafte und Farblose zu verwaschen und dass nach wie eh' Lupus und Tuberculose der Haut als zwei wesentlich differente und jede in ihrer Art scharf charakterisirte Krankheiten angesehen werden müssen.

Prof. Pick (Prag): Da ich mich bezüglich der in Rede stehenden Frage mit meinem Freunde Prof. Kaposi in Widerspruch befinde, gereicht es mir zu besonderer Freude Eingangs meiner Auseinandersetzungen constatiren zu können, dass ich bezüglich des einen Punktes mit ihm übereinstimme, dass nämlich der Lupus eine so wohl charakterisirte Dermatose darstellt, dass ihre Selbstständigkeit für den Fachmann keinem Zweifel unterworfen ist und dass, wie immer auch die Beantwortung der Frage bezüglich der Aetiologie des Processes ausfällt, wir an der klinischen Diagnose Lupus werden festhalten müssen.

Auch ich halte den Lupus für einen klinischen Begriff, der durch eine Serie von Krankheitssymptomen an der Haut wohl charakterisirt ist. Aber damit ist nicht gesagt, dass nun auch das ätiologische Moment ein solches sein müsse, welches ausser aller Gemeinschaft mit anderen Reizen stehe, die an anderen Orten und an demselben Orte unter andern Bedingungen andere Krankheitsformen produciren. Und nach dieser Richtung hin scheint mir die Frage erörtert werden zu müssen, welche uns heute beschäftigt, — die Frage nach den Beziehungen des Lupus zur Tuberculose. Es ist ein Irrthum, wenn behauptet wurde, dass die Frage nach den Beziehungen des Lupus zur Tuberculose erst aus der Zeit datire, wo die histologischen Untersuchungen Anhaltspunkte für die Identificirung beider Processe geboten haben, vielmehr steht die Sache so, dass diese Beziehungen zuerst aus klinischen Gründen von den erfahrensten Klinikern seit Langem behauptet wurden, dass man jedoch wegen Mangels ausreichender Beweise nicht zu einer Klarheit kommen konnte.

So stand auch ich der Sache gegenüber und habe nicht ermangelt die Lösung dieser Frage immer wieder zu betreiben, wie Sie ja aus der von H. Doutrelepont angeführten kürzlich aus meiner Klinik hervorgegangenen Arbeit des Dr. Raudnitz neuerdings ersehen haben. Meiner Ansicht nach stand und steht die Sache immer so, dass, wenn histologische oder experimentelle Untersuchungen stichhaltige Beweise für die Beziehungen des Lupus zur Tuberculose liefern würden, der Kliniker sie mit Eifer erfassen würde, weil die klinischen Ergebnisse mit dieser Auffassung sehr gut übereinstimmen, ja zu ihr hindrängen, ohne jedoch für sich allein die Sache endgiltig entscheiden zu können.

Solche Beweise nun glaubte man in dem Befunde der Riesenzellen zu besitzen, sie haben sich bald als trügerisch erwiesen. Nun

kommt der Befund jener Microorganismen, die Koch als die ausschliesslichen Erreger der Tuberculose in ihren verschiedenen Formen kennen gelehrt hat und es fragt sich nun, wie wir vom Standpunkte der Klinik diesen Befunden gegenüberstehen.

Und da hängt Alles davon ab, ob diese Befunde sich bewahrheiten, ob die Identität der Lupusbacillen mit den Tuberculosebacillen hergestellt ist und ob die diesen letzteren zugeschriebene pathogene Bedeutung ausser allem Zweifel ist.

Unsere beiden Herren Referenten haben diese Fragen auf Grund fremder und eigener Untersuchungen nach eingehender kritischer Prüfung des Gegenstandes in bejahendem Sinne beantwortet und mir ist auch sonst nichts Erhebliches bekannt geworden, was den Ergebnissen der Koch'schen Untersuchungen auf diesem Gebiete widersprechen würde. Vielmehr bin auch ich in der Lage auszusagen, dass meine eigenen Untersuchungen für mich den Befund der Lupusbacillen ausser aller Frage gestellt haben, dass diese Bacillen, soweit es die Prüfung der morphologischen und chemischen Eigenschaften betrifft, sich mit den Tuberkelbacillen vollkommen identisch erwiesen haben und dass ich auch bezüglich ihres Vorkommens im lupösen Gewebe im Grossen und Ganzen mit den Angaben übereinstimme, welche die H. H. Referenten gemacht haben.

Ich will in letzterer Beziehung hervorheben, dass es wesentlich von dem Entwicklungsstadium des Lupus abhängt, ob der Befund an Bacillen ein relativ reicher oder spärlicher oder auch ganz negativer ist. So haben die ersten an dem Materiale meiner Klinik vorgenommenen Untersuchungen, welche von gewandten Mikroskopikern wie Dr. R. Morison (Baltimore) und Dr. Symington (New-York) gemacht worden sind, negative Resultate ergeben, während wir später von demselben Materiale, von denselben Kranken positive Resultate erhalten haben. Im ersten Falle handelte es sich zumeist um weit gediehene destructive Vorgänge in der Haut und an den Schleimhäuten, im letzteren um frische Lupusherde, die als Nachschübe aufgetreten waren. Wir fanden die Bacillen sowohl in den Riesenzellen als auch ausserhalb derselben und zwar auffallend häufig im Zustande der Sporenbildung, so dass oft nur sehr spärliche, nicht sporenbildende Bacillen vorhanden waren. Es ist wahrscheinlich, dass wenn wir das Untersuchungsmateriale den Kranken später entnommen hätten, die Sporenbildung vollzogen gewesen wäre und wir, nachdem die Sporen

selbst durch das Färbungsverfahren nicht sichtbar gemacht werden können, gleichfalls ein negatives Resultat erhalten hätten. Ich glaube die Spärlichkeit des Bacillenbefundes bei Lupus, ein Verhältniss, das er übrigens mit manchen anderen Formen der Tuberculose gemein hat, wenigstens zu einem Theile auf solche Momente zurückführen zu müssen.

Der weitere Beweis für die Identität der Lupusbacillen mit den Tuberculosebacillen ist von Koch u. A. durch Reinculturen und Ueberimpfung auf Meerschweinchen und Kaninchen erbracht worden und auch diese Ergebnisse sind durch Nachprüfungen von anderer Seite erhärtet worden.

Wenn also die Tuberculosebacillen wirklich das Contagium der Tuberculose darstellen, und was berechtigt heute noch daran zu zweifeln, wenn also die Tuberkelbacillen ein sicheres diagnostisches Merkmal der Tuberculose sind und die Lupusbacillen sich mit den Tuberculosebacillen identisch erweisen, so können wir nicht anders als schliessen, dass der Lupus tuberculösen Ursprungs ist.

Diesen, aus festgestellten Thatsachen gezogenen Schlussfolgerungen gegenüber stehen einige, wie mir scheint, nicht wesentliche Bedenken.

Das eine Bedenken, welches Koch selbst ausgesprochen hat und auf das hier besonderer Werth gelegt worden ist, ist auf den Umstand basirt, dass wir schon eine anatomisch wohl constatirte und klinisch gegenüber dem Lupus wohl charakterisirte Form der Hauttuberculose kennen. Aber das Vorkommen zweier differenter Krankheitsbilder, welche trotzdem einer und derselben Krankheitsursache entstammen, hat nichts Befremdendes an sich und findet sein Analogon nicht blos in der Pathologie überhaupt, sondern selbst auf dem Gebiete der Hautpathologie. Die anatomische und klinische Differenz zwischen der Initialsclerose und dem Gumma ist nicht geringer als die anatomische und klinische Differenz zwischen dem Lupus und der sogenannten Hauttuberculose und doch zweifelt kein Mensch daran, dass beide der Syphilis angehören. Hier trifft eben das zu, was ich Eingangs gesagt habe, dass ein und dasselbe krankmachende Agens unter verschiedenen Bedingungen verschiedene Krankheitsformen produciren könne, verschieden schon dadurch, dass es einmal primär als localer Herd auf einem gesunden Boden, das anderemal secundär bei einer vorgeschrittenen Allgemeinerkrankung zur Entwicklung gelangt.

Viel wichtiger erschien mir das Bedenken, dass die Impfung mit lupösem Materiale und den reingezüchteten Bacillen, zwar bei Kaninchen, aber auch nur bei diesen, allgemeine Tuberculose hervorgerufen hat, dass man aber nicht im Stande war eine dem Lupus entsprechende Hautaffection oder auch nur eine wie immer geartete locale Hauttuberculose, weder beim Menschen noch bei Thieren, zu erzeugen.

Die Mittheilungen, welche uns Herr Leloir in dieser Beziehung gemacht hat, sind deshalb von der grössten Wichtigkeit und sehr geeignet auch dieses Bedenken zu beseitigen.

Wenn ich mich nach diesem Excurse nun wieder der klinischen Seite der Frage zuwende, so muss ich zunächst bemerken, dass ich mit vielen anderen Klinikern, in Uebereinstimmung mit pathologischen Anatomen, den Lupus als eine infectiöse Entzündung aufgefasst habe, lange bevor die Lupusbacillen aufgefunden wurden, dass hier also ein ähnliches Verhältniss obgewaltet, wie bei der Tuberculose, welche gleichfalls vor der Entdeckung der Tuberkelbacillen als eine Infectionskrankheit betrachtet wurde. Ich muss ferner sagen, dass es mir unbegreiflich ist, wie man dazu kommen konnte, die häufige Coincidenz von Lupus und Scrophulose, was doch mit Tuberculose gleichbedeutend, zu läugnen und sich gar zu der Behauptung versteigen konnte, dass Lupus und Tuberculose sich gegenseitig ausschliessen oder dass der Lupus vor Tuberculose schütze. An der Hand meines klinischen Materials hat Dr. Raudnitz bei der vorsichtigsten Exclusion aller zweifelhaften Fälle in 30% Scrophulose und in 10—15% Lungentuberculose und Pontoppidan, der in derselben Richtung ebenfalls ein grosses Material untersuchte, in 59% der Lupösen Scrophulose nachgewiesen. Wenn auch diesen Ziffern, weil sie sich auf eine Krankheit beziehen, die überhaupt zu den häufigst vorkommenden gehört, für sich allein kein absoluter Werth beigemessen werden konnte, so sind sie doch so augenfällig, dass sie im Zusammenhalt mit den anderweitig dargethanen Beziehungen beider Processe eine hohe Bedeutung erlangen.

Fasse ich alles zusammen, so komme ich zu dem Schlusse, dass nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens über die Aetiologie des Lupus, derselbe auf tuberculösen Ursprung zurückzuführen ist. Herr Kaposi hat so gesprochen, als ob damit gesagt wäre, dass jede Hauttuberculose nunmehr als Lupus bezeichnet werden müsste, das ist aber unrichtig, vielmehr ist das Verhältniss so auszudrücken:

Nicht jede Tuberculose der Haut ist Lupus, der Lupus aber ist eine Form der Hauttuberculose.

Prof. Neisser (Breslau) erklärt sich für einen unbedingten Anhänger der Lehre, welche den Lupus für eine Form der Hauttuberculose aufstellt. Der von Kaposi gemachten Mittheilung, dass er unter 1200 Lupusfällen nur in verschwindender Zahl Tuberculose anderer Organe beobachtet habe, kann er deshalb keine besondere Beweiskraft zuerkennen, weil nur bei speciell auf diesen Punkt gerichteten Untersuchungen solche Fragen entschieden werden können. Neisser selbst hat sich an seinem eigenen Material von 110 Fällen überzeugt, wie häufig die Tuberculose als Complication gefunden wird, wenn man darauf achtet. Unter 82 Fällen, die er genau erforschte, fand sich echte Tuberculose (Lungen-, Knochen-, Drüsen-) in 34 Fällen. 18 derselben starben an Phthisis pulmonum. Andere 25 zeigten den deutlichsten typischen scrophulösen Habitus. Was das Verhältniss der Tuberkelbacillen zum Lupus betreffe, so sei allerdings nur derjenige zu überzeugen, der die Koch'sche Lehre acceptire und das Vorkommen von Tuberkelbacillen als sicheres Zeichen von Tuberculose anerkenne. Wer diesen Standpunkt negire, sei aber verpflichtet, den seinigen mit Gründen zu beweisen und dürfe nicht einfach die Richtigkeit einer so gut gestützten Lehre bezweifeln. Um so weniger, als alle Befunde, welche mit dem Vorkommen der Bacillen im Lupus zusammenhängen, in so überraschender Weise unter einander übereinstimmen und sich ergänzen.

Der geringen Bacillenzahl entspreche das wechselnde Impfresultat der Thierversuche, je nachdem bacillenfreie oder bacillenhaltige Stückchen übertragen werden. Der gesammte Verlauf mit seinen Recidiven etc. sei conform den sonst gekannten Eigenschaften der Tuberkelbacillen-Entwicklung. Kurz, es sei kein Punkt vorhanden, der nicht in vollkommenster Weise die Auffassung des Lupus als Hauttuberculose stütze. Auffällig allein bleibe das Vorkommen einer echten Hauttuberculose (im engeren Sinne) neben dem Lupus, was aber nicht auffälliger und nicht weniger unerklärlich sei, als die Verschiedenheit der cutanen Syphilis-Processe. Auch stürben die Kranken mit echter Hauttuberculose nicht an dieser Hautaffection, sondern an der stets vorhandenen Tuberculose innerer Organe; also auch hier keine Differenz gegenüber dem Lupus. Sobald man den Lupus nicht als Hautkrankheit für sich betrachte, sondern vom Standpunkt der Allgemein-

Tuberculose an ihn herangehe, werde leicht eine Einigung darüber zu erzielen sein, dass der Lupus thatsächlich als tuberculöse Hautaffection aufzufassen sei.

Dr. Unna (Hamburg): Die geringe Anzahl der bisher beim Lupus gefundenen Tuberkelbacillen scheint schwer gegen die ätiologische Bedeutung derselben in die Waagschale zu fallen. Die Anzahl der Tuberkelbacillen ist aber bisher nicht blos bei allen wahren Formen der Tuberculose eine sehr verschiedene und von noch unbekannten Factoren abhängige gewesen, sondern sie ist überdies noch sehr abhängig von der Technik der Untersuchung und diese liegt beim Lupus noch in den Windeln. Meist sind Schnittserien durchmustert worden. Ich will in dieser Beziehung bemerken, dass ein neuer Weg, den ich eingeschlagen, mir gleich beim ersten Falle ein bemerkenswerth anderes Resultat ergeben hat. Ich liess Pepsin in saurer und Pancreatin in alkalischer Lösung auf ausgeschabtes Lupusgewebe wirken, welches lange Zeit in Alkohol aufbewahrt gewesen war und sammelte den verdauten Detritus, ähnlich wie man spärliche Cylinder im Urin durch Absetzen zu häufen sucht. Dabei zeigten kurz in saurer Lösung verdaute Flocken massenhaft aufgequollene, gut färbbare Tuberkelbacillen; nach 24stündiger Verdauung in saurer und stets nach alkalischer waren sämmtliche Bacillen verschwunden. Aus diesem ersten Versuch geht jedenfalls hervor, dass ein gewisser Grad der Gewebsverdauung für das Studium der Lupusbacillen sehr förderlich sein dürfte. Sodann hat Kaposi in seiner meisterhaften Schilderung des tuberculösen Hautgeschwüres ein klinisch vom Lupus allerdings verschiedenes Bild entworfen. Ich kann aber auf diese klinische Verschiedenheit beider Bilder deshalb kein so grosses Gewicht legen, weil ich noch zwei auch klinisch wesentlich verschiedene Bilder der Hauttuberculose zu kennen glaube, nämlich das scrophulöse Ekzem und den Leichentuberkel. Wenn der letztere nicht frühzeitig zerstört wird, so entwickelt er sich im Laufe von Monaten und Jahren zu einer bis jetzt nur von Aubert gewürdigten besonderen Form des Hautlupus, zum Lupus papillomatosus. Wir werden also in Zukunft vier oder noch mehr Hauttuberculosen zu unterscheiden haben, gerade wie wir jetzt schon mehrere grundverschiedene Formen von Lungentuberculose unterscheiden.

Schliesslich möchte ich betonen, dass auf dem Boden von

Kaposi deshalb keine Verständigung möglich scheint, weil derselbe die für uns Anderen im Vordergrund stehende Frage der Aetiologie gar nicht berührt und geflissentlich nur Anatomie und klinisches Bild als massgebend für die pathologische Auffassung des Lupus hingestellt hat. Dieser einseitige Standpunkt wird aber beim heutigen Stande der Forschung immer mehr Anhänger verlieren müssen.

Prof. Ed. Lang (Innsbruck): Kaposi differenzirt strenge zwischen Lupus und Tuberculose der Haut; die letztere Krankheit verläuft, man kann wohl nach seinen Ausführungen sagen, nahezu immer tödtlich, indem sie gewöhnlich Miliartuberculose innerer Organe nach sich zieht. Kaposi's Tuberculose der Haut ist eine mörderische Krankheit; so ungünstige Prognosen werden im Allgemeinen selbst bei ausgesprochener Tuberculose der Lunge nicht gestellt werden können; ein solcher Verlauf ist nur mit dem Begriffe der „acuten", „miliaren" Tuberculose zu verknüpfen. Welches ist aber die chronische Form der Hauttuberculose? Das andere Extrem der Hauttuberculose stellt eben der Lupus dar. Einige Analogie für einen bald extrem acuten, bald extrem chronischen Verlauf finden wir in dem Hautkrebs; derselbe verläuft mitunter so harmlos und schleppend, dass einzelne Kliniker hierin sogar einen Grund fanden, ihn vom Krebs unter dem Namen „Ulcus rodens" abzuscheiden, anderemale wieder zeigt sich der Hautkrebs in der ganzen Schrecklichkeit der Carcinome. Es ist vielleicht möglich, in dieser Betrachtung den Boden zu finden, auf dem eine Einigung zu erzielen ist.

Prof. Kaposi ergreift hierauf nochmals das Wort und sagt:

Prof. Pick anerkennt ohne allen Vorbehalt die Charakteristik und Differenz der beiden Processe Lupus und Tuberculose der Haut, meint aber dennoch, dass zwar Tuberculose der Haut nicht Lupus sei, wohl aber Lupus eine Art Tuberculose der Haut. Ich kann dies nicht recht fassen, ich weiss nicht, wie man sagen kann: A ist zwar nicht B, aber B ist A.

Prof. Pick (den Redner unterbrechend): Warum nicht gar! Ich habe gesagt: nicht jedes A ist B, aber jedes B ist A. Nicht jedes Säugethier ist ein Kaninchen, aber jedes Kaninchen ist ein Säugethier.

Prof. Kaposi: Ferners sprachen Prof. Pick und andere immer derart, dass Lupus eventuell als eine locale Tuberculose zu betrachten wäre und die Tuberculosis cutis als allgemeine Erkrankung. Auch für

eine solche Auffassung habe ich kein rechtes Verständniss, da es mir sehr sonderbar erscheint, einen Process wie Lupus als locale Krankheit aufzufassen, die 30—40 Jahre im ganzen grossen Bereiche der Haut fort und fort sich reproducirt.

Damit ist die Debatte geschlossen, das Wort erhalten noch die Referenten.

Prof. Leloir (Lille): Die Herren Vorredner haben auf die Einwendungen, welche Herr Kaposi gegen mich vorgebracht hat, schon geantwortet und alles gesagt, was ich selbst zu erwiedern wünschte. Ich möchte nur noch hinzufügen, dass die Zeit längst vorüber ist, wo man eine solche Frage mit blossen Worten abthun könne. Blosse Behauptungen, sie mögen noch so apodiktisch hingestellt werden und von noch so autorisirter Seite vorgebracht sein, sind ohnmächtig gegenüber den Thatsachen, welche sich aus eingehenden Untersuchungen und genauen Beobachtungen ergeben haben.

Prof. Doutrelepont (Bonn) spricht sich dahin aus, dass nach den Ausführungen der Herren Vorredner es ihm unnöthig erscheint, auf die Opposition von Herrn Kaposi noch weiter einzugehen, um so weniger, da die von letzterem angeführten Gründe schon in seinem Referate berührt sind. Er constatirt, dass mit einer einzigen Ausnahme alle Redner sich für die Ansicht ausgesprochen hätten, dass Lupus eine Form der Tuberculose der Haut sei.

II. **Dr. Unna** (Hamburg): Demonstration von pharmaceutischen Präparaten und Instrumenten, die bei der Behandlung von Hautkrankheiten verwendet werden.

Herr Unna theilt mit, dass er in einem kleinen Zimmer, welches an den Sitzungssaal der Section angrenzt, eine Ausstellung von pharmaceutischen Präparaten und von Instrumenten veranlasst habe und ladet die Sectionsmitglieder zur Besichtigung derselben ein. Er hält es für zweckmässiger dort seine Demonstrationen zu halten und die Mitglieder zu Meinungsäusserungen über die Instrumente und Präparate zu veranlassen. Zu diesem Zwecke wird er täglich von 9—10 Uhr in dem Ausstellungsraume zugegen sein.

(Wir müssen Herrn Dr. Unna für die grosse Mühe danken, die er mit der Ausstellung gehabt hat, ebenso Herrn Nyrop, Instrumentenmacher in Kopenhagen, der ihm bei der Aufstellung behilflich war. In eine Besprechung der einzelnen Ausstellungs-Objecte, welche zum

grössten Theile aus einer Collection von Oleaten, Unna'schen Pflastermullen, dann Instrumenten zur Urethroskopie, zum Evidement, zur Stichelung etc. etc. bestanden, können wir hier nicht eingehen. Ref.)

III. **Dr. Goldscheider (Neisse)**: Ueber die specifischen Functionen der Hautnerven. Wir bringen diesen mit Demonstrationen verbundenen Vortrag unter den Originalarbeiten. (S. S. 313.)

Zweiter Verhandlungstag, Dienstag den 12. August.

Präsident: Vormittags Prof. Kaposi.
Nachmittags Dr. Martineau.

Verhandlungsgegenstände:

I. Die Aetiologie des Aussatzes.

Dr. A. Hansen (Bergen) hält seinen Vortrag über die Aetiologie der Lepra, welchen wir unter den Originalien (S. 317) wiedergeben und demonstrirt einige sehr instructive Leprafälle.

Discussion:

Dr. Zambacco (Konstantinopel) vertritt die Ansicht von der Heredität der Lepra und demonstrirt sehr schöne Abbildungen Lepröser. Die Publication des Vortrages hat er sich vorbehalten.

Prof. Neisser (Breslau) spricht seine grosse Freude darüber aus, dass nun alle Differenzen, welche bezüglich der Pathogenese der verschiedenen Lepraformen zwischen ihm und Hansen geherrscht haben, beseitigt seien. Hansen nehme jetzt in sämmtlichen Fragen denselben Standpunkt ein, welchen er (Neisser) in Ziemssen's Handbuch für die Lepra vertreten habe. Besonders die Frage, ob auch die sogenannte anästhetische Form auf Bacillen zurückzuführen sei, sei nun durch Hansen's Zustimmung im einheitlichen Sinn positiv entschieden.

Arning's zweifellose Befunde der Bacillen in den Nerven rein anästhetischer Formen, sowie Hansen's Mittheilung einer bacillenhaltigen Lymphdrüse bei sonst anästhetischer Form, seien in dieser Richtung entscheidend.

Ebenso wie Hansen, halte er die Lepra für contagiös und nicht für hereditär. Die von Herrn Zambacco vorgebrachten Beobachtungen, welche aus dem Orient stammen, seien ihm nicht beweisend. Gerade dort sei die Lepra im Verschwinden, und, wie die Beobachtung lehre, für Beobachtungen über Contagiosität nicht recht brauchbar. Deshalb

habe er auch den Anlass dazu gegeben, an dem zur Zeit frischesten Herde, in den Tropen, diese Fragen zu studiren. Die von Zambacco citirten Leprafälle in der Familie seien, wie schon oft erwähnt, nicht als Beweise für die Vererbung, sondern mit grösserem Rechte als gegenseitige Infection in der Familie aufzufassen.

Weitere Stützen seien die Beobachtungen über die geographische Ausbreitung der Krankheit und ihre Ausrottung entsprechend den ergriffenen Absperrungsmassregeln.

Bezüglich der Sporenbildung differire er mit Hansen, doch seien dies unwesentliche Punkte. Das Wesentliche sei die Anerkennung des Bacillus leprae als Ursache der Krankheit.

II. Neue Mittel und Methoden bei der Behandlung von Hautkrankheiten.

Dr. Shoemaker (Philadelphia) gedenkt in den einleitenden Worten der bedeutenden Fortschritte, welche die Therapie der Hautkrankheiten in neuerer Zeit gemacht hat. Gegenstand seines Berichtes sollen übrigens nur diejenigen specifischen Heilmittel und Methoden sein, zu deren Verwendung Shoemaker selbst Anlass gegeben und deren Prüfung ihm durch eine reiche Spitals- und Privatpraxis ermöglicht war.

Was zunächst die Oleate angeht, so haben sich zwar die weitgehenden Hoffnungen nicht erfüllt, welche so manche Autoren an dieselben geknüpft hatten. Nichtsdestoweniger haben die Metalloleate einen sehr nützlichen Platz bei der Behandlung von Hautkrankheiten gefunden. Und zwar erweise sich erfolgreich: Aluminiumoleatsalbe bei Geschwürsprocessen, pustulösem Eczem, Intertrigo, Abscessen, Hohlgängen, Frostbeulen, Brandwunden; Arsenoleat bei Carcinomen, Lupus, Warzen, Hornbildungen, Naevis; Wismutholeat bei Sycosis, Acne rosacea, Erysipel; Cadmiumoleat bei Drüsenschwellungen, Geschwürsprocessen, chronischem Eczem; Kupferoleat bei Herpes tonsurans, und besonders bei Chromophytosis, bei gelbbraunen und schwarzen Pigmentablagerungen, bei Warzen, Hühneraugen; Eisenoleat bei acutem Eczem und besonders bei Arsenikschorfen; Bleioleat an Stelle der so schwer haltbaren Bleisalbe, bei Acne, A. rosacea und den mannigfachen Formen des Eczems; Mercuroleat bei parasitären Erkrankungen thierischen oder pflanzlichen Ursprungs, Psoriasis, Drüsenschwellungen;

Mercurooleat wirkt im selben Sinne nur mit grösserer Energie; ferner Silberoleat in Pulverform bei chronischen Geschwüren, Decubitus, wuchernden Granulationen; in Salbenform bei Erysipel, Blutbeulen, Carbunkeln; Zinkoleatsalbe bei erkrankten Nägeln zur Herstellung derselben, sowie um ihnen einen schönen Glanz (beautiful lustre) zu ertheilen; Zinkoleat in Pulverform bei Seborrhoea oleosa, übermässiger Schweissbildung, Erythem, acutem Eczem, Herpes; in Salbenform bei Eczem und Acne.

Chloröl (gewöhnliches Olivenöl mit Chlorgas gesättigt) ist bei Scabies von hervorragender Wirksamkeit. Das von dem Vortragenden zufällig als Abfallsprodukt in einem chemischen Laboratorium entdeckte Ergotöl besitzt eine schützende, lindernde und adstringirende Wirkung auf die Haut und befördert die Ernährung der erkrankten Partien. Es ist von vortrefflichem Erfolge bei Seborrhoe der behaarten Stellen des Körpers.

Des weiteren wird eine natürliche Seife, die Rinde von „quillaya saponaria" empfohlen, welche alle Vorzüge der bekannten Seifen vereinigt, ohne doch ihre Nachtheile zu besitzen. Bei Grind der Kopfhaut, Pityriasis, Hand- und Fussschweissen sind Waschungen mit dieser Seife von bestem Erfolge.

Bei verschiedenen Formen von Scrofuloderma hat Shoemaker subcutane Injectionen von Leberthran vorgenommen und so mit 15 Gramm bessere Wirkungen erzielt als mit der dreifachen innerlich gegebenen Menge. Aehnlich wurden (zur Bewahrheitung der gründlichen Resorption so angewendeter Mittel) durch Injectionen von Castoröl erstaunlich rasch und ausgiebig abführende Wirkungen hervorgebracht.

Keine der sonst beobachteten schädlichen Nebenerscheinungen bei Behandlung mit β-Naphthol konnte der Vortragende constatiren, wenn nur das Mittel in gut gereinigtem Zustande zur Verwendung gelangte.

Eine Infusion von Jequirity hat der Vortragende mit Erfolg zur Anwendung gebracht bei wuchernden Granulationen und Zellbildungen, und mit höchst befriedigendem Ergebniss bei Lupus, wenn schon jedes andere Mittel versagt hatte. Trotz der scheinbar beunruhigenden entzündlichen Erscheinungen haben sich doch nie ernstliche üble Nachwirkungen gezeigt.

Von mechanischen Mitteln hat Shoemaker zur Anwendung

gebracht: Massage bei Psoriasis, Scrofuloderma, Neuralgie, Sensibilitätsstörungen und Trophoneurosen der Haut, chronischem Eczem, Seborrhoea, veralteter Acne, Drüsenschwellungen, übermässiger oder zu geringer Pigmentbildung;

Compression bei Eczem (besonders am Unterleibe), Oedem nach Erysipel, Furunkeln, Drüsenerkrankungen, Herpes, H. Zoster, Urticaria;

Blutentziehung und zwar: durch Punctirung (mittelst eines Bistouri oder des von Shoemaker sogenannten Dermatone) bei chronischem Eczem, Acne, Scrofuloderma, Carbunkeln, Erysipel, Pigmentwucherungen, Neurosen; durch Schröpfung bei entzündlichen Oberflächen; durch Blutegel in allen genannten Fällen bei nervösen Personen, welche die Nadel oder Lancette fürchten; durch Aderlass bei allgemeinem Eczem und Psoriasis;

Incision bei Talgdrüsengeschwülsten, Lymphgefässentzündungen, Sycosis, Acne rosacea, Erysipel, Blutgeschwüren, Carbunkeln;

Excision (durch Schnitte mit dem Messer, Ligatur, Quetschung) bei gut- und bösartigen Tumoren, Warzen, Hornbildungen, Malen;

Entleerung (zur Entfernung der Secrete) bei Abscessen, Hohlgängen, strumösen Drüsen;

Aetzung und zwar mittelst glühender Metalle bei Lupus, Carcinomen (wie jedem Praktiker bekannt sei).

Zum Schlusse spricht der Vortragende die Hoffnung aus, es mögen die von ihm empfohlenen Mittel von den Collegen ausgiebig zur Anwendung gebracht werden. Der Erfolg würde, wenn sie sich bewähren, der sein, dass die Therapie der Hautkrankheiten, welche seit längerer Zeit gänzlich erschöpft schien, sehr bereichert würde, und dass man nicht mehr nöthig hätte, zu den Methoden einer Zeit seine Zuflucht zu nehmen, in welcher Natur und Charakter der Krankheitsbedingungen noch so wenig erforscht waren!!

Discussion:

Dr. Unna möchte den Vortragenden fragen, ob sein reines Naphthol vielleicht ein vollkommeneres Ersatzmittel des Theers darstelle als das bei uns gebräuchliche.

Dr. Shoemaker: Nein. Das Naphthol auch in dieser Form hat seine bestimmten von Theer verschiedenen Indicationen.

Prof. Kaposi ist verwundert über die von Shoemaker gerühmten Wirkungen des Naphthol, die die von ihm selbst beobachteten und

angegebenen weit übertreffen. Namentlich wundert er sich über die Reizlosigkeit der alkoholischen Lösung, da ja nach seiner Erfahrung schon $^1/_2$—$1^0/_0$ Lösungen nach 3—4maliger Einpinselung auf der gesunden Haut Erythema toxicum erzeugen. Jedenfalls wäre dieses Resultat sehr erfreulich und es wäre zu prüfen, ob dies auf der angeblichen grösseren chemischen Reinheit des Präparates von Shoemaker beruhe. Nach den Untersuchungen von Ludwig war aber das hiesige β-Naphthol stets fast chemisch rein.

Bei dieser Gelegenheit muss Kaposi noch bemerken, dass er über die Anrühmung des Naphthol gegen Eczem noch mehr erstaunt ist und dass er gerade gegen Eczem es nie empfohlen habe.

Nur gegen chronisches Eczem ist es verwendbar und auch da nur von der Hand des sehr Erfahrenen, weshalb er auch in seinen Publicationen dies lieber ganz verschwiegen.

Unna: Ich möchte dann noch bemerken, dass Schuchardt in Görlitz jetzt ein sehr reines noch weisseres Naphthol liefert, als das hier vorliegende.

III. Die Excision der Initialsclerose.

Das Referat über diesen Gegenstand hatte Herr Prof. Pick (Prag) übernommen.

Dr. Jullien (Paris), der als Correferent fungiren sollte, war verhindert auf dem Congresse zu erscheinen. Er hatte zur Veröffentlichung in das definitive Programm folgende Mittheilung eingesendet:

„Im Jahre 1881 habe ich auf dem Londoner Congress behauptet, dass man durch die Excision des syphilitischen Schankers die Infection verhindern oder verzögern könnte, und habe hinzugefügt, dass man durch dieses Mittel vielleicht zu einer Art von Schutzimpfung gelangen könnte.

Die Beobachtung hat gezeigt, dass diese Schlüsse zwar in Hinsicht auf den ersten Punkt richtig sind, aber nicht bezüglich dessen, was die Hypothese über die Impfung betrifft.

In der That: einer meiner Kranken, H. D., welcher schon in meiner Mittheilung an den vorigen Congress erwähnt worden ist, unterwarf sich der Excision eines Schankers am 28. Januar 1881, und nachdem diese Operation eine äusserst gelinde Allgemeinerkrankung im Gefolge gehabt hatte, setzte er sich 15 Monate nach dieser

leichten Ansteckung, im April 1882, dem Contagium neuerdings aus, und zog sich ein zweitesmal die Syphilis zu.

Das ist die, wie ich glaube, neue Thatsache, welche ich in ihren Einzelheiten mitzutheilen wünsche; sie scheint mir in entscheidender Weise die Wirkung der Excision zu zeigen."

Prof. Pick theilt in freiem Vortrage die Hauptpunkte seines Referates, das wir aus Platzmangel unter den Originalien des nächsten Heftes (1885, I.) wiedergeben, mit und stellt auf Grund seiner Auseinandersetzungen folgende Sätze zur Discussion:

1. Die Excision der Initialsclerose ist unter gewissen, selten zutreffenden Bedingungen geeignet, der Infection des Gesammtorganismus durch das syphilitische Contagium vorzubeugen. — Ausser noch nicht definirbaren Momenten, die sich auf den Zeitpunkt und den Weg der Verbreitung des Contagiums von seiner Eintrittsstelle beziehen, sind diese Bedingungen:

a) Die Sclerose muss so situirt sein, dass sie von der Umgebung vollkommen isolirt und entfernt werden kann.

b) Die regionären Drüsen dürfen in keiner Weise an dem Processe betheiligt sein.

2. Wenn die regionären Drüsen seit Entwicklung der Sclerose intumescirten, ist die blosse Excision der Sclerose immer fruchtlos. Es ist aber möglich, wenn nur die erreichbaren Drüsen geschwellt sind, durch die gleichzeitige Exstirpation dieser Drüsen der Allgemeinerkrankung vorzubeugen.

3. Bei fruchtlos gebliebener Excision der Sclerose scheint sich der Ausbruch der Allgemeinerscheinungen zu verzögern.

4. Die Excision der Sclerose bei schon vorhandener Allgemeinerkrankung übt keinen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Syphilis.

5. Die durch Excision der Initialsclerose gesetzten Wunden heilen, wenn die Sclerose total entfernt wurde, in allen Kategorien der Fälle, wie gewöhnliche Operationswunden. Es empfiehlt sich also auch ohne Rücksicht auf die Prophylaxis, grosse Sclerosen, deren Rückbildung lange Zeit erheischen würde, unter der eben genannten Bedingung zu entfernen.

6. Das Ausbleiben der neuerlichen Sclerose an der Excisionsstelle schliesst in keinem Falle das Auftreten der Allgemeinerscheinungen aus.

7. Die wichtigste Errungenschaft der Excisionsversuche ist der durch sie erbrachte Beweis, dass die Initialsclerose nur die locale Wirkung des Contagiums darstellt, nicht der Ausdruck der Allgemeinerkrankung ist und dass gewöhnlich die Verbreitung des Contagiums vom Initialherde aus auf dem Wege der Lymphbahnen stattfindet, dass deshalb Hoffnung vorhanden ist, das Contagium werde auch noch auf diesem Wege zu erreichen und unschädlich zu machen sein.

Discussion:

Dr. Pontoppidan (Kopenhagen): Mit Beziehung auf die Auseinandersetzungen des Herrn Vorredners, Prof. Pick, will ich mich darauf beschränken, einen Fall anzuführen, welcher geeignet ist den Satz zu bekräftigen, dass die initiale Sclerose nicht als der Ausdruck der schon vollzogenen Allgemeininfection, sondern als eine blos locale Wirkung des Syphiliscontagiums an seiner Eintrittsstelle zu betrachten ist:

Th. A. stellte sich am 20. Juni mit zweifelhaft indurirtem Ulcus am penis vor. Letzter Coitus vor 3 Tagen, vorletzter vor 4 Wochen. Es wurde sofort eine Inoculation mit 3 Lancetstichen gemacht.

Am 3. Tage wurde ein negatives Resultat verzeichnet; von da an wurde keine Veränderung wahrgenommen, bis am 2. Juli d. i. am 12. Tage stecknadelkopfgrosse, rothe, kaum erhabene Flecken entstanden. Inzwischen nahm die Induration und die Adenitis inguinalis zu und war am

19. Tage sehr bedeutend. An den Impfstellen waren jetzt drei hirsekorngrosse, rothe, deutlich erhabene Papeln herangewachsen. Keine constitutionellen Zufälle.

Am 26. Tage sah man einen Ausbruch von maculösen und papulösen Syphiliden. Die Inoculationspapeln waren jetzt erbsengross und in Pusteln metamorphosirt, die sich mit Schorfen bedeckten. Eine Injectionskur von Formamidquecksilber wurde eingeleitet.

Am 28. Tage wurde eine Reinoculation vorgenommen, aber ohne irgend ein Resultat.

Am 32. Tage hatten die Inoculationspapeln ihre Akme erreicht.

Am 36. Tage waren die Krusten von denselben abgefallen, sie waren schuppend und flacher. Sie gingen jetzt allmählich und langsam zurück; ebenso schwanden die Flecken und Papeln.

Heute am 52. Tage sind die letzten nach 15 Injectionen ganz verschwunden, so dass der Patient aus dem Hospital entlassen zu werden wünscht, während die Inoculationspapeln noch deutlich sichtbar sind, wenn auch im abgeblassten und abgeflachten Zustande.

Prof. Leloir (Lille): Ich will mich darauf beschränken, Ihnen eine Krankengeschichte mitzutheilen. Im Jahre 1882 besuchte mich der Studiosus jur. K. in äusserst aufgeregtem Zustande. Er war den Tag vorher in Beziehungen zu einem Mädchen gestanden, das man ihm seither als syphilitisch bezeichnet hatte. Er wollte absolut, dass ich an seinem Penis etwas Verdächtiges finde. So weit man darüber urtheilen konnte, war er ganz intact. Nichts destoweniger äusserte ich den Wunsch, das verdächtige Weib zu untersuchen, man brachte sie mir und ich fand sie mit erosiven Papeln der Vulva behaftet. Man begreift den Schrecken des Studenten, der sofort die specifische Behandlung beginnen wollte. Ich empfahl ihm Geduld, indem ich ihm sagte, dass es leicht geschehen könne, dass er der Syphilis entgehe. Ich rieth ihm nur sich täglich sorgfältig zu untersuchen, und beim geringsten verdächtigen Anzeichen, bei der geringsten Erscheinung, wie leicht sie auch sei, mich aufzusuchen. Der Student befolgte meine Rathschläge mit äusserster Sorgfalt.

Er kaufte sich eine enorme Lupe und bewaffnet mit diesem Instrumente untersuchte er die ganze Zeit hindurch seinen Penis; er untersuchte ihn Abends beim Schlafengehen und Früh, beim Erwachen war sein Erstes, eine minutiöse Untersuchung seines Penis. Während 20 Tage sah er nichts Anomales.

Am 22. Tage um 2 Uhr kam der Student ausser sich in meine Ordinationsstunde. Er erzählte mir, dass er sich Tags vorher gegen Mitternacht schlafen gelegt hätte, ohne etwas Anomales finden zu können nach einer langen und genauen Untersuchung mit der Lupe. Wie gross war aber sein Schrecken gewesen, als er am nächsten Tage Früh beim Erwachen an dem freien Rande der Vorhaut ein kleines röthliches Bläschen findet, kaum so gross, wie ein Stecknadelkopf. Als ich ihn am selben Tage um 2 Uhr untersuchte, hatte die Erosion noch nicht an Volumen zugenommen. Sie zeigte kein Anzeichen von Verhärtung. Die Inguinalganglien waren intact. Der Student blieb steif und fest dabei (und die Art wie er sich untersuchte zeigte mir, dass ich ihm glauben konnte), dass er nichts Anomales am

Adend vorher beim Schlafengehen am Penis bemerkt habe. Nun also, diese Erosion, dieses unbestimmte Etwas, das er am Penis hatte, datirte höchstens seit 14 Stunden. Ich schlug ihm die Excision vor, sie wurde sofort ausgeführt. Ich entfernte ein Stück der Vorhaut so gross wie ein $^1/_2$ Fr.-Stück. Nach wenigen Tagen war die Wunde gänzlich vernarbt; es zeigte sich keine neue Verhärtung in der Nähe der Wunde. Indess, ungefähr 6 Wochen darnach wurde der Patient von äusserst charakteristischen Syphilissymptomen: Roseola, Alopecie, erosiven Papeln ergriffen.

Das ist die Geschichte dieses Studenten, aus der jeder seine Schlüsse ziehen mag. Ich will es nicht wagen auf Grund dieses Falles meine Meinung auszusprechen in einer so schweren Frage und mich nur auf die Angabe dieses interessanten Falles beschränken.

Dr. Barthélemy (Paris): In Paris, ich möchte fast sagen, in ganz Frankreich haben alle Jene, die Autorität genug besitzen, um einen giltigen Ausspruch zu fällen, die Frage der Excision des verhärteten Schankers verneint. Dieser Schluss beruht auf einer gewissen Zahl von Erwägungen: Erstens glauben wir nicht, dass die Infection vom Schanker herkommt, wir glauben, dass sie schon seit langem besteht, was die Incubation beweist, bevor der Schanker erscheint, und dass der Schanker, weit entfernt, die Allgemeininfection hervorzurufen, durch diese hervorgerufen ist. Daher, so früh man auch den Schanker unterdrückt, die Syphilis besteht weiter. Dies zeigen sonst auch mehrere, gut beobachtete Fälle, unter andern der, den Fournier berichtet.

Ein Student der Medicin coitirt mit einer Syphilitischen. Er erkennt die Krankheit seiner Gefährtin erst nach dem Contact; den nächsten Tag geht er zu Fournier, der secundäre Syphilis an dem Weibe erkennt, und bittet den Professor, alles was ihm möglich sei zu thun, um ihn von der drohenden Lues zu befreien. Die Eichel des jungen Mannes wird täglich sorgfältig untersucht. Am 24. Tage zeigt sich erst eine kleine Verletzung an der Vorhaut. Gar keine krankhafte Erscheinung zeigte sich vorher, keine einzige zeigte sich später. Das konnte nur Schanker sein. Man kam überein, dass die Excision also kaum einige Stunden nach dem Auftreten des Schankers stattfinden solle. Ich sage Schanker, obwohl wir zu dieser Diagnose nicht durch objective Zeichen, die ja bis dahin ganz ungenügend waren, kamen, sondern nur durch uns bekannte Umstände: Coitus mit einer Inficir-

ten, Incubation und Auftreten einer Verletzung in der klassischen Frist etc.

Die Excision fand statt in weitem Umkreise; in der Nähe der Wunde wurde nichts von dem Theil gelassen, den man die verdächtige Zone nennen könnte. Die Wunde vernarbte gut, ziemlich schnell und ohne Auftreten einer secundären Sclerose. Kurz eine Excision konnte unter keinen günstigeren Bedingungen stattfinden; daher kann das Resultat als demonstrativ angesehen werden. Nun — und das Resultat? Innerhalb der klassischen Zeit, die weder verlängert noch vermindert war, noch irgendwie verändert, zeigte sich Roseola und die secundären Zustände. Die Syphilis war durch die Abtragung des Schankers ebensowenig beeinflusst, wie sie es gewesen wäre durch die Excision einer Schleimpapel.

Diese Thatsache, beobachtet und veröffentlicht durch Fournier, einen so exacten und gewissenhaften und so geübten Beobachter, besitzt einen beträchtlichen Werth. Aber noch andere Argumente! Fournier hat 3 Autopsien angestellt an Kranken, die an einer intercurrenten Krankheit starben, während sie an syphilitischem Schanker litten. Aus diesen Autopsien geht hervor, dass die Drüsen vom Ende der 1. Woche, vom 6. oder 9. Tage nach dem Auftreten des Schankers angegriffen und — dass die Drüsen erkrankt sind (wenn es sich um einen Schanker des Penis handelt) nicht nur in der Leistengegend, sondern bis zur Fossa iliacea und im Becken. Wenn man daher die Syphilis ernstlich entwurzeln wollte, müsste man nicht nur die Initialsclerose, sondern auch die Drüsen der Leistengegend und des Beckens entfernen. In Wirklichkeit sind die Drüsen schon am 6. Tage ergriffen. Daher denken wir Pariser, dass vor dem 6. Tage es sehr schwer, fast unmöglich ist, mit einer gewissen Garantie den syphilitischen Schanker zu diagnosticiren und dass später die Drüsen schon inficirt sind. Vor dem 6. Tage können selbst die geübtesten Aerzte nicht mit Sicherheit einen syphilitischen Schanker von einer Aufreibung, von einem Herpes oder einem weichen Schanker unterscheiden.

Meine Schlussfolgerungen sind: Einestheils hat die binnen wenigen Stunden nach dem Erscheinen erfolgte Excision des syphilitischen Schankers keine Immunität geschaffen — anderntheils, wenn die Syphilis nicht erschienen ist oder sich geschwächt gezeigt hat infolge der Excision der Wunde, so glauben wir, dass eine genaue Diagnose nicht harten Schanker ergeben hätte. In den Fällen, wo der Kranke

nach der Excision die Syphilis nicht bekommen hat, handelte es sich nicht um den syphilitischen Schanker, da war ein diagnostischer Irrthum vorgekommen und man excidirte einen Herpes oder eine andere nicht inficirende Krankheit.

Dr. Vajda (Wien): Hat keine günstigen Resultate mit seinen Excisionsversuchen erzielt. Er wird dieselben später einmal mittheilen. Er stimmt mit Prof. Pick darin überein, dass die Verbreitung des Contagiums auf dem Wege der Lymphbahnen stattfindet. Gegenüber der Ansicht von Auspitz und Unna hält er an der Wandererkrankung der Lymphgefässe fest und glaubt, dass Pick zu viel Gewicht auf das Auftreten oder Ausbleiben der Syphilide und zu wenig auf den Befund der Drüsenerkrankung gelegt hat, die er nach Sigmund als den Hauptsitz des syphilitischen Giftes betrachtet.

Dr. Unna (Hamburg) richtet zunächst an Prof. Pick die Frage, wie es möglich war, in jenen Fällen, in welchen die Infection erst vor 8 oder 9 Tagen erfolgt sein soll, diesen Umstand sicherzustellen und bemerkt, dass in solchem Falle der Verdacht einer unrichtigen Anamnese vorliege. Sodann will er Auspitz vor der ihm zugeschriebenen Ansicht schützen, als halte er die Blutgefässe für den einzigen Weg der Syphilisinfection. Mit Auspitz ist er der Ansicht, dass von früheren Forschern die Vena dorsalis penis irrthümlich auf mikroskopischen Schnitten für ein Lymphgefäss gehalten wurde. Weiterhin bemerkt Redner, es müsse den Anhängern des Lymphstranges doch auffallen, dass nur in den seltensten Fällen derselbe sich in die Leistendrüsen fortsetze, dieses aber müsste die Regel sein. Redner weist ferner auf folgende Inconsequenzen hin. Vajda sieht den Hauptsitz des syphilitischen Giftes in den Drüsen, hält aber anderseits an der Wandererkrankung der Lymphgefässe fest, während er gerade für seine Theorie die Ansicht besser verwerthen könnte, nach welcher die Blutgefässe obstruirt, dagegen die Lymphgefässe frei sind für den Transport des Contagiums zu den Drüsen.

Dr. Bergh (Kopenhagen) hat überhaupt kein Vertrauen in die Excisionsbehandlung; er hebt ferner hervor, dass dieselbe der localen Verhältnisse willen bei Frauenzimmern im Ganzen nur seltener zur Anwendung kommen könnte. Er bemerkt ferner, dass er, wie Andere, Fälle von Syphilis gesehen habe, in denen sich nur Induration und Polyadenitis fanden, während sich selbst bei allwöchentlicher Beobach-

tung durch 5—6 Monate nie Hauteruption zeigte, und höchstens nur eine leichte Epitheliosis im Schlunde. Das Vorkommen von solchen Fällen wäre auch bei Werthschätzung der Excisionsbehandlung in Betracht zu ziehen.

Prof. Neisser (Breslau) erklärt sich für einen unbedingten Anhänger der Excisionsmethode. Alle Einwände, welche gegen die heute geübte Methode — und, wie er zugibt, mit einem gewissen Recht — erhoben worden sind („nicht genügend gesicherte Diagnose des excidirten Stückes“ u. s. w.) könnten nichts gegen den schliesslichen Werth dieser Abortivbehandlung bedeuten. Denn da die Syphilis zweifellos eine Bacterienkrankheit sei, werde man logisch geradezu gezwungen, vom therapeutischen Standpunkt aus in erster Reihe den primären Infectionsherd resp. primären Bacterienherd zu beseitigen. Heute scheiterten wir nur daran, diesen ersten Syphilisherd zeitig genug erkennen zu können; und bei der Entwicklung der Initialsclerose sei es meist schon zu spät, die Bacterien seien meist schon in den höher gelegenen Lymphdrüsen angekommen. Es werde also unsere Arbeit darauf sich zuspitzen, nicht erst die Sclerose, sondern vorher schon den ersten Infectionsherd zu beseitigen, ein Ziel, welches erst durch die Entdeckung der Syphilisbacterien in wissenschaftlich exact bewiesener Weise sich werde erreichen lassen.

Abgesehen von der Frage der radicalen Heilung sei einmal eine Abschwächung der Krankheitsintensität zu erwarten, wenn man ein so grosses Bacterienlager entfernt und ferner seien die sehr günstigen localen Behandlungserfolge in Rechnung zu ziehen, d. h. er halte die Excision jedenfalls für nützlich.

Was die Verbreitungswege des Giftes im Organismus anlange, so glaube er, dass in der Regel die Lymphbahnen — und zwar die perivasculären — betheiligt seien, dass aber auch in einzelnen Fällen (vielleicht gehöre der Leloir'sche Fall hieher) sofort das Gift in die Blutbahnen gelange. Hierfür seien ganz wie bei anderen Infectionskrankheiten (Milzbrand etc.) keine Schemata von Geltung. — Das Wichtigste bleibe für die weitere Klärung aller in der Syphilislehre schwebenden Fragen die Entdeckung der Syphilisbacterien.

Dr. Martineau (Paris) konnte und kann sich nicht von dem Gedanken losmachen, dass die Initialsclerose schon ein Symptom der vollzogenen Infection des Gesammtorganismus sei und weil sie das

sei, müsse die Excision fruchtlos bleiben. Er hat daher auch keine Versuche angestellt.

Damit ist die Debatte geschlossen, das Schlusswort erhält der Referent

Prof. Pick: Meine Herren! Ich will mich mit meinem Schlussworte so kurz als möglich fassen. Mit Herrn Martineau ist in dieser Frage nicht zu discutiren. Ich habe in meinen einleitenden Auseinandersetzungen gesagt, dass man bei den Excisionsversuchen von der Voraussetzung ausgegangen ist, dass die Initialsclerose möglicher Weise nicht der Ausdruck der Allgemeininfection ist und dass mit einer bejahenden Beantwortung des Nutzens der Excision auch diese Voraussetzung als eine richtige sich erweisen würde. Würde diese Voraussetzung keine Berechtigung gehabt haben, wäre es schon entschieden gewesen, dass die Sclerose ein Symptom der syphilitischen Allgemeinerkrankung darstelle, dann wäre es ja thöricht gewesen überhaupt Excisionsversuche zu machen. Herr Martineau, der die Frage über die symptomatische Bedeutung der Sclerose in letzterem Sinne für entschieden hält, ist deshalb nicht so thöricht gewesen, Versuche anzustellen und es ist nur zu bedauern, dass er keine anderen Beweise für seine Ansicht beizubringen weiss als die, welche man bisher als ungenügend bezeichnet hat, weshalb auch die Frage als eine offene zu betrachten gewesen ist.

Die Mittheilungen des Herrn Pontoppidan sind sehr lehrreich, weil sie die Lösung der Frage über die symptomatische Bedeutung der Initialsclerose auch noch auf einem anderen Wege anstreben. Sein Fall ist von grossem Werthe, weil er nicht vereinzelt dasteht, und mit den durch die Excision erzielten Resultaten übereinstimmt.

Die Beantwortung der Frage, welche Herr Unna an mich gerichtet hat, kann ganz entfallen, weil gerade in den Fällen, in welchen zwischen der Infection und der vorgenommenen Excision nur 8 oder 9 Tage verflossen sind, Syphilis aufgetreten ist. Diese Fälle ändern nichts an den Excisionsresultaten, aber sie beweisen, dass meine Diagnose auch in diesen Fällen richtig war.

Das Raisonnement, welches vielfach und auch hier vorgebracht wurde, dass wenn auf die Excision Syphilis folgte die Diagnose richtig war, in den Fällen wo die Syphilis ausblieb, jedesmal ein diagnostischer Irrthum — wenn auch ein verzeihlicher — unterlaufen ist, ist zwar ein sehr bequemes, aber durchaus unberechtigtes. Man könnte es

gelten lassen, für solche vereinzelte Beobachtungen, wie sie die Herren Leloir und Barthélemy mitgetheilt haben, wo überhaupt keine Diagnose gemacht werden konnte, weil der Initialherd fehlte. Herr Leloir ein ebenso gewandter Redner als gewissenhafter Forscher, hat sich nicht für berechtigt gehalten, aus seinem Falle einen Schluss zu ziehen, und er hat Recht daran gethan. Denn sein Student hat trotz der grossen Loupe die Eintrittsstelle des Contagiums nicht auffinden können, und es ist ganz unsagbar, was Herr Leloir excidirt hat. Dasselbe gilt von dem Falle Fournier's, den uns Herr Barthélemy mitgetheilt hat. In beiden Fällen ist nicht erwiesen, an welcher Stelle ob überhaupt am Penis die Infection stattgefunden hat. In beiden Fällen sind überdies mehr als 20 Tage seit der Infection verflossen, und da ist wohl anzunehmen, dass das Contagium zu den Drüsen gelangt war. In allen solchen Fällen ist aber, wie ich gezeigt habe, die blosse Excision der selbst nachweisbaren Eingangspforte, der initialen Sclerose, fruchtlos.

Es war früher ein grosser Fehler, dass man auf die Betheiligung der regionären Drüsen so wenig Rücksicht genommen hat. Ich stimme da mit Herrn Barthélemy's gewichtigen Bemerkungen vollkommen überein, und habe mir bei dem Studium dieser Frage die Obductionsergebnisse Fournier's stets vor Augen gehalten, aber ebendeshalb habe ich geschlossen, dass wenn die nächsten Drüsen noch intact sind, die weiter rückwärts liegenden es gewiss sein werden. So hat Lewin in seinem Falle, den er als Argument gegen Hüter vorgebracht hat, sehr viel Werth darauf gelegt, dass die Sclerose an der Nymphe scharf umschrieben war und daher vollkommen excidirt werden konnte, ohne dass an der Excisionsstelle etwas Krankhaftes zurückblieb, er hat aber ganz vergessen in Rechnung zu ziehen, dass eine regionäre Leistendrüse haselnussgross intumescirt und indurirt war. Was soll es aber nützen, wenn man Einen Infectionsherd entfernt, einen zweiten aber ruhig zurücklässt? Wenn doch in einzelnen Fällen, wie Auspitz angibt, trotz der schon vorhandenen und auch unberücksichtigt gebliebenen Schwellung der regionären Drüsen nach der Excision der Sclerose keine Syphilis eingetreten ist, so kann dies nach meinen Erfahrungen nur darauf zurückgeführt werden, dass diese Intumescenz nicht erst während der Entwicklung der Sclerose, und auch nicht auf Grund derselben, sondern schon vorher und aus anderen Ursachen, wie in meinem Falle, z. B. durch chronische Eczeme etc. bedingt war, und

daher nicht den Charakter syphilitischer Bubonen besass. Diese erste regionäre Drüsenschwellung hat ganz dieselbe Bedeutung, wie die Initialsclerose, sie ist nichts als eine Wiederholung derselben Vorgänge in der zugehörigen Drüse, zu welcher das Gift auf dem Wege der Lymphbahnen gelangt ist.

Total verschieden von dieser regionären Drüsenerkrankung ist die später auftretende plejadenförmige allgemeine Drüsenschwellung, von der ich glaube, dass sie auf dem Wege der Verbreitung des Giftes durch die Blutcirculation und Deponirung desselben in alle Gewebe, mit besonderer Vorliebe, in die Lymphdrüsen zu Stande gekommen ist. Wenn diese Adenitis universalis specifica vorhanden ist, dann ist gewiss der Organismus mit Syphilis schon durchseucht, auch wenn kein anderes Symptom der Syphilis nachweisbar wäre, und weil diese Adenitis gewöhnlich alle anderen irritativen Symptome begleitet und überdauert, ist ihr Nachweis sehr wichtig, aber auch sehr leicht.

Herr Vajda kann also ganz ruhig sein, auf die Untersuchung der Drüsen, auf dieses ABC der Krankenuntersuchung, welches jedem Anfänger geläufig sein muss, habe ich nicht erst aufmerksam gemacht werden müssen.

Das Argument, welches Herr Unna bezüglich der Lymphgefässe vorgebracht hat, theile ich vollständig, ich glaube in der That, dass weil die Passage durch die Lymphgefässe frei ist, das Gift seinen Weg unbehindert zu den benachbarten Drüsen nehmen kann, und dass der Strang dann entsteht, wenn die Lymphgefässe durch Thromben unwegsam wurden und sclerosirten. Damit stimmt es gut, dass dieser Strang oft weit hinter der Sclerose beginnt und gerade in solchen Fällen die regionären Drüsen viel weniger oder gar nicht geschwellt sind. Was ich nicht zugeben kann, weil ich es für eine anatomische Unmöglichkeit halte, d. i. dass dieser Strang einmal von der Vena dorsalis penis gebildet worden sei.

Die Tragweite der Bemerkungen des Herrn Bergh erkenne ich ihrem vollen Umfange nach an. Es ist wahr, die Syphilis nimmt in einzelnen Fällen einen so benignen, unscheinbaren Verlauf, sie kann durch so lange Zeit, wie wir sagen, latent bleiben, dass man diesen Umständen bei der Beurtheilung der Excisionsresultate volle Rechnung tragen muss, aber diese Fälle sind doch sehr seltene Ausnahmen, und dass sie gerade alle Excisionsfälle betroffen hätten, das wird man doch nicht behaupten wollen.

Sie sehen meine Herren, ich stehe der Sache ganz objectiv gegenüber. Ich habe diese schwierige Frage auf Grund fremder und meiner eigenen Experimente zur Discussion vorbereitet. Diese Discussion hat ergeben, dass es vieles pro und contra gibt, dass man die Lösung der Frage noch weiter betreiben müsse, dass aber der nicht hoffnungslos arbeitet, der sich damit beschäftigt, dem syphilitischen Contagium an seiner Eintrittsstelle beizukommen. Dieses wichtige Ergebniss will ich zum Schlusse nochmals constatirt haben.

Dritter Verhandlungstag, Donnerstag den 14. August.
Präsident: Prof. Pick.

Verhandlungsgegenstände:

I. Ueber Endoskopie.

Dr. Grünfeld (Wien). Die endoskopische Untersuchung der Harnröhre und Blase, mit Hilfe sehr vereinfachter Vorrichtungen durchgeführt, verschafft dem Arzte eine genaue Orientirung über die genannten Organe sowohl im normalen als auch im krankhaften Zustande. Mit einfachen Tuben und einem Reflector vermag man ohne Schwierigkeit Veränderungen wahrzunehmen, welche dem, wenn auch sehr geübten Tastgefühle, entgehen. So lehrte ein genaues Studium der endoskopischen Bilder, zumal unter Rücksichtnahme auf die eigenartigen Sehobjecte und Anhaltspunkte, als centrale Figur, Reflexe, Falten etc., dass die einzelnen Abschnitte der Urethra sehr differente Befunde liefern, auf Grund deren der Untersucher in jedem Momente sich orientiren kann, in welchem Theile das Visceral-Ende des Instrumentes sich befinde. Denn pars cavernosa, membranacea und prostatica liefern nicht nur unter einander verschiedene endoskopische Befunde, sondern auch jeder einzelne Theil zeigt an einzelnen Punkten wieder auffällige Verschiedenheiten. Der endoskopische Befund am cavernösen und häutigen Theil weicht von dem am prostatischen sehr wesentlich ab; ja der vordere Abschnitt des prostatischen Theils, etwa die raphe urethrae liefert ein anderes Bild als der hintere. Ebenso ist es unschwer, an jedem einzelnen Abschnitte, also auch am colliculus seminalis den normalen Zustand von dem krankhaften zu unterscheiden. Directe und indirecte Anhaltspunkte erleichtern dies ganz ausserordentlich. Der Nachweis, dass mit Hilfe des Endoskops nicht nur ein gegebener Punkt der Harnröhre zur genauen Einstellung gelangen

kann, sondern auch Grad und Form einer eventuellen Erkrankung zu constatiren ist, schliesst auch die Möglichkeit in sich, an der gewünschten Stelle ein operatives oder medicamentöses Verfahren in scharfer Abgrenzung einzuleiten. In jenen Fällen beispielsweise, wo eine Aetzung des Blasenhalses angezeigt ist, sind wir in die Lage gesetzt, die pars prostatica und zwar das wichtigste Organ derselben, das caput gallinaginis in beliebiger In- und Extensität mit Lapis in Substanz oder Lösung mit Jodtinctur und anderen ätzenden Medicamenten ebenso zuverlässig mit der galvanocaustischen Schlinge zu cauterisiren. Ja, es lässt sich auf endoskopischem Wege experimentell nachweisen, dass die seit Lallemand geübten diversen Methoden der Aetzung nur in den seltensten Fällen exact sich durchführen lassen. Nur selten werden mittelst derselben die gewünschten Stellen getroffen, zumeist aber überflüssigerweise benachbarte Flächen, die eher geschont zu werden verdienen. Dagegen ist eine methodisch und planmässig durchgeführte endoskopische Aetzung der pars prostatica mit keinerlei Schwierigkeit und Gefahr verbunden. Nur nebenbei sei erwähnt, dass das Endoskop auch zur Diagnose von Polypen, von Epithelialauflagerungen etc. unentbehrlich ist, dass nebst den genannten Affectionen eine Reihe anderer nur mit Zuhilfenahme des Gesichtssinnes eruirt werden kann, so dass die angeführte Methode zum Gemeingute der Aerzte zu werden volle Berechtigung hat.

Discussion:

Prof. Janowsky (Prag) theilt die Anschauungen des Vorredners und glaubt, dass er gewisse pathologische Veränderungen namentlich des Epithels habe nachweisen können, die ohne Endoskopie der Beobachtung entgangen wären.

Dr. Vajda (Wien) erscheint es unbegreiflich, wenn G. für die ganze Länge der pars cavern. urethrae eine endoskopische Schablone in der Form einer vertical gestellten Spalte oder einer ebenso liegenden Figur aufstellen will, da es doch jedem bei einiger Uebung auffallen muss, dass die Configuration des Spiegelbildes in der p. cavern. von Stelle zu Stelle, oder je nach Individuen, den grössten Schwankungen unterworfen ist.

Wie wenig statthaft es ist, eine allgemeine Regel diesbezüglich aufzustellen, ersieht man daraus, dass die besten Forscher, die ihre Aufmerksamkeit diesem Gegenstande widmeten, hinsichtlich der Faltung,

wovon eben die Figur des Spiegelbildes abhängig ist, untereinander stark abweichen.

Bei Jarjavay hat der quere Durchschnitt der Urethra die Form eines umgekehrten T's. Henle bildet ihn als eine von links nach rechts gehende Spalte ab.

Auch das andere von Grünfeld für die p. membr. ur. als charakteristisch hingestellte, auf der Tafel vorliegende Bild, die mit der Convexität nach oben gekehrte Hufeisenform, ist wie man sich leicht überzeugen kann, von der Lage des Tubus abhängig; drückt man den Tubuskopf nieder, so verwandelt sich die Hufeisenform in einen Kreis bezw. in einen runden hohlen Faltentrichter.

In Bezug auf die Bemerkungen des Prof. Janowsky zu demselben Gegenstande muss als verfrüht bezeichnet werden, wenn J. die von ihm soeben zuletzt producirten Spiegelbilder so ohne weiteres als etwas Pathologisches oder gar als Prototyp des Pathologischen betrachtet und zwar darum verfrüht, weil vorläufig noch nicht entschieden ist, ob die feinkörnige warzige Oberfläche nicht auch physiologisch vorkommen kann.

Die Arbeiten von Cand. med. Robin sprechen mit Entschiedenheit für eine derartige Annahme, während nach Jarjavay und Henle die Schleimhaut der Harnröhre, soweit sie der eigentlichen pars. pendul. angehört, keine Papillen besitzt, die warzige Beschaffenheit der Oberfläche daher durchaus als etwas Pathologisches zu gelten hätte. Mit anderen Worten, zur Bestimmung des Pathologischen bedarf es früher des gründlichen Studiums der physiologischen Verhältnisse der Harnröhre. Vorläufig seien aber letztere noch unentschieden, folglich können die auf das erstere und auf dessen Grad bezüglichen Angaben ebensowenig als verlässlich angesehen werden, als es unverantwortlich wäre, bei Bestimmung einer gewissen Distanz nur einen Hauptpunkt den Endpunkt ins Auge zu fassen, sich damit begnügen zu wollen. Man bedarf dazu auch der genauen Kenntniss des Ausgangspunktes, in unserem Falle des Physiologischen; was uns aber vorläufig fehlt.

II. Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen.

Prof. Liebreich (Berlin) hält den einleitenden Vortrag, den wir unter den Originalien bringen (s. S. 399).

Dr. Martineau (Paris): erklärt sich für einen unbedingten Anhänger der subcutanen Injectionen von Quecksilber bei der Behandlung der Syphilis. Mit den subcutanen Quecksilberinjectionen könne der Arzt alle Manifestationen der Syphilis, die normalen wie die abnormalen sicher und schnell heilen. Die Ueberlegenheit dieser Methode über alle anderen Methoden der Quecksilberbehandlung sei so gross, dass man nicht länger die Indifferenz der Aerzte ihr gegenüber begreifen könne. Nachdem er die zum Zwecke der Injectionen angewendeten Quecksilberpräparate der Reihe nach aufgezählt und für unzureichend erklärt hat, gelangt er dazu, das von ihm angewendete Präparat für das beste zu erklären. Dieses Präparat wurde ihm von dem Apotheker Delpech geboten. Dasselbe besteht aus:

Pepton. pulv. Catillon	9	Gramm.
Ammon. chlor. pur.	9	„
Sublim. corros.	6	„
Glycerini pur.	72	„
Aqu. destill.	24	„

Von dieser Normalsolution sollen 5 Gramm in 25 Gramm destill. Wasser gelöst werden um eine Concentration zu erhalten, dass eine Pravaz'sche Spritze von 1 Gramm Fassung 10 Milligramm Sublimat enthält.

Unter den gewöhnlichen Cautelen eingespritzt, verursacht diese Lösung keine heftigen Schmerzen (aucune douleur vive, interse, syncopale) ausser bei etwa $^1/_{20}$ von 4000 so behandelter Fälle, wo gewisse bestimmte Umstände wie ausserordentliche Nervosität, zu grosse Dichtigkeit des subcutanen Zellgewebes und daher Unmöglichkeit der Vertheilung der Flüssigkeit vorhanden waren. Die Einspritzungen erzeugen niemals Stomatitis oder Salivation, ausser es bestand vorher eine Gingivitis, Periostitis oder eine Entzündung der Mundschleimhaut, die durch Alkohol, Tabak u. dgl. hervorgerufen war.

Auf Grund seiner Versuche mit diesem Präparate kommt Herr Martineau zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die subcutanen Quecksilberinjectionen mit seinem Präparate wirken auf Ernährung und Aglobulirung der Syphilitiker viel mächtiger ein, als die innerliche Anwendung des Quecksilbers oder die Einreibungen.

2. Die Absorption und Elimination des Quecksilbers erfolgt viel rascher als bei anderen Methoden.

Prof. Lipp (Graz) bespricht eine Abortivbehandlung der Syphilis mit Hydrargyrum formamidatum, welche er in mehreren Fällen versuchte. Er betont überhaupt die Nothwendigkeit, behufs einer abortiven Behandlung der Syphilis die syphilitischen Initialerscheinungen mit den Gewebsveränderungen in der Nachbarschaft einschliesslich der inficirten Lymphdrüsen so früh als möglich und in combinirter Weise zu bekämpfen. Er erwähnt, dass nicht blos das punctum oder die puncta infectionis, sondern das ganze fast gleichzeitig oder doch sehr bald ergriffene umliegende Gebiet, die ganze Regio infecta ehethunlichst von den syphilitischen Herden zu befreien und dass insbesondere die veränderten Lymphdrüsen wieder zu normalisiren seien. Zu diesem Zwecke wurden in der 4. bis 6. Woche post infectionem versuchsweise subcutane Injectionen mit Hydrarg. formamid. angewendet, ausser den gewöhnlichen örtlichen Mitteln an den Initialstellen. Die Zahl der Injectionen mit dem 1percentigen Präparate belief sich in 4 Fällen auf 50 bis 82. Demnach wurden 0·50 bis 0·82 Hydrarg. formamid. unter die Haut gebracht. Alle Injectionen wurden, da es sich um Genitalaffectionen handelte, im Lymphgefässbezirke der Inguinofemoraldrüsen gemacht. Die Resultate waren folgende: Im ersten Falle vergingen seit der Infection 20, im zweiten 18—20, im dritten 18 bis 19 Wochen, bis die ersten Zeichen allgemeiner Syphilis auftraten. Der Verlauf der Syphilis gestaltete sich in allen 3 Fällen mild. Im vierten Falle waren in der 23. Woche nicht die geringsten Erscheinungen eines allgemeinen Leidens wahrzunehmen. Leider konnte der letzte Fall keiner weiteren Untersuchung und Beobachtung unterzogen werden, da die Kranke ungeachtet aller möglichen Recherchen nicht mehr aufzufinden war. Durch die Injectionen wurden die Initialerscheinungen und die Veränderungen der Lymphdrüsen (einschliesslich nachweisbarer Lymphgefässstränge) vollständig oder grösstentheils zurückgebildet. Es mag nebenbei erwähnt werden, dass viele auch nicht syphilitische vergrösserte Lymphdrüsen durch Injectionen von Quecksilberpräparaten in der Umgebung der Drüsen bald und sehr deutlich verkleinert werden.

Diese Beobachtungen sind geeignet den Fachmann zu ermuntern, zu Versuchen, die anfänglich auf ein kleines Gebiet des Körpers beschränkte Syphilis einer Abortivkur zu unterziehen.

Dr. Shoemaker (Philadelphia) hat zahlreiche Fälle von Syphilis mit subcutanen Injectionen behandelt und ist zu dem Resul-

tate gelangt, dass die ursprüngliche, von Lewin herrührende Methode der Sublimatinjection allen später empfohlenen Modificationen vorzuziehen sei. Doch müsse mit den Injectionen bei täglich wachsender Dosis so lange vorgegangen werden, bis sich die bekannten Intoxicationserscheinungen zu zeigen beginnen. Bei vielen Kranken hätte sich dabei eine Steigerung der Dosis bis zu 3 centigr. pro die (auf drei Injectionen vertheilt) als nothwendig erwiesen, welche übrigens leicht vertragen werde bei genügender Verdünnung des Sublimats (auf 3 centigr. Subl. wenigstens 2·5 grm. Wasser). Bei solcher Art der Behandlung gehören Recidiven zu den grössten Seltenheiten. Zur Linderung der mit der Sublimatinjection verbundenen Schmerzen pflegt Shoemaker vor derselben eine Injection von 1½ centigr. Morphin in den Arm vorzunehmen.

Prof. Bergh (Kopenhagen): Ich erlaube mir zunächst mitzutheilen, dass mir ein Brief des Herrn Prof. Köbner (Berlin) zugekommen ist, in welchem dieser sein lebhaftes Bedauern darüber ausspricht, an dem Congresse nicht theilnehmen zu können und verhindert zu sein den angekündigten Vortrag: „Die Kriterien der Heilung der Syphilis" zu halten.

Prof. Köbner ermächtigt mich zu der Mittheilung der zwei Gesichtspunkte, welche die Pointen seines Referates gewesen sein würden, nämlich

„1. Eine erhebliche Einschränkung der noch immer zu leichtfertig seitens der Mehrzahl der Praktiker an syphilitisch gewesene kaum symptomfrei gewordene Heirathscandidaten ertheilten Eheconsense,

2. Zurückweisung aller anscheinend noch so rationell erdachter Heilmittel und Methoden, welche nicht auf eine vieljährige und zwar dieselben Kranken betreffende, fortlaufende Beobachtung zurückblicken können;"

und ersucht mich in seinem (Köbner's) Namen vorzuschlagen:

„In allen Hospital- sowie poliklinischen Statistiken statt der Rubrik: geheilt, anzugeben: symptomfrei entlassen."

Prof. Bergh (Kopenhagen):

Aus der Abtheilung für Prostituirte (Kopenhagens), deren Vorstand Bergh seit bald 20 Jahren ist, hat er für Vergleichung drei Reihen von Fällen vom ersten Ausbruch der Syphilis zu-

sammengestellt, die beziehungsweise mit Sublimatpillen, mit Inunctionen und mit Injectionen behandelt worden sind.

Bergh meint nicht, dass jede Spitalstatistik der Behandlungsresultate bei venerischen Krankheiten fast unmöglich wäre, und dass deshalb auch alle daraus gezogene, auch therapeutische Schlüsse trügerisch und unbrauchbar sein würden (Auspitz). Wenn noch dazu solche Spitalserfahrungen aus einer kleinen Stadt wie Kopenhagen, mit kaum 300.000 Einwohnern, stammen, und ferner nur Prostituirte betreffen, deren Schicksal man so oft sehr lange verfolgen kann: dann wäre solche Statistik, nach der Ueberzeugung Bergh's wohl möglich und selbst von einem gewissen Werthe.

B. schickt die Bemerkung voraus, dass es im bezüglichen Spitale immer leitendes Princip gewesen wäre, die Mercurialmittel ziemlich lange und daher vom Anfang ab in nicht allzu grossen Dosen zu geben.

Als Hauptmomente für die Werthschätzung der verschiedenen Mercurialmittel und ihrer verschiedenen Anwendungsarten betrachtet B. vorzugsweise die Schnelligkeit ihrer Wirkung und ihre Fähigkeit, Recidiven vorzubeugen, zu verzögern oder wenigstens zu mildern.

Im Ganzen waren seit 1865 bis Ende 1883 im bezüglichen Spitale 1028 Fälle von Syphilis behandelt worden, darunter 402 wegen des ersten Ausbruches. Es liegt aber hier noch Auskunft über den ersten Ausbruch und dazu gehörende erste Behandlung von 100 anderen Individuen vor, die wegen Recidive hier behandelt worden sind. Es finden sich also im Ganzen Erfahrungen über 502 Individuen mit erstem Ausbruch von Syphilis. Die Zahl ist zwar nicht gross; vielleicht liegt aber bisher keine grössere Beobachtungsreihe ähnlicher Art vor.

In der ersten Periode von 6 Jahren 1865—1871 sind die Patienten hauptsächlich mit Sublimatpillen behandelt worden, in der folgenden Zeit ausnahmslos mit Inunctionen oder Injectionen.

Das ganze hierher gehörende Detail wurde selbstfolglich nicht servirt; nur die allgemeinen Resultate vorgelegt und die daraus gezogenen Schlüsse.

Von den mit Sublimatpillen behandelten 110 Individuen wissen wir, dass 60% Recidive gehabt haben, von etwa 5% ist es bekannt, dass sie durch mehrere oder viele Jahre kein Recidiv bekamen. Ueber die übrigen haben wir keine zuverlässige Nachricht.

Von den 181 mit Inunctionen behandelten Individuen ist es hier bekannt, dass 67% einen Rückfall gehabt; von beinahe 30% wissen wir, dass sie noch keinen bekommen haben und in $^3/_4$ von diesen Fällen liegt die Behandlung doch 5—13 Jahre in der Zeit zurück; über die wenigen restirenden Percent haben wir keine Nachricht. — Von den 211 (seit 1866) mit Injectionen behandelten Patienten haben nur 45·5% bisher Rec. gehabt; von 32% wissen wir, dass sie jahrelang keinen Rückfall gehabt und in $^1/_3$ von diesen Fällen liegt die Behandlung durch 4—13 Jahre zurück; über das Behandlungsresultat in den übrigen Fällen haben wir keine Auskunft.

Was nun den Zeitpunkt des ersten Recidivs, den Abstand zwischen erstem und zweitem Ausbruch betrifft, so trat unter den mit Sublimatpillen behandelten Individuen das Recidiv in 75% dieser Rückfälle innerhalb eines Jahres auf, darunter in 21% im ersten Monate.

Unter den mit Inunctionen Behandelten stellte sich das erste Recidiv in 54% dieser Rückfälle im ersten Jahre ein, darunter aber nur in etwa 9% im ersten Monate.

Von den nach Injectionen eingetretenen ersten Recidiven zeigten sich aber die 86% im ersten Jahre, und von denselben beiläufig 17% schon im ersten Monate.

Was ferner die Injectionsbehandlung zunächst betrifft, so stellt sich das Verhältniss dagegen ziemlich ähnlich in den wegen Recidivs behandelten Individuen. Von (45) solchen haben etwa 40% Recidiv gezeigt, von welchen aber die allermeisten, etwa $^9/_{10}$ binnen 6 Monaten aufgetreten sind.

Hieraus scheint nun geschlossen werden zu können, dass die Injectionsbehandlung die geringste Anzahl von Recidiven gegeben hat (die Verhältnisszahlen sind aber 45 gegen 60 und 67); wenn aber Recidiv eintritt, tritt es früher als bei anderer Behandlung auf, besonders früher als nach Inunctionen.

Was nun den Charakter des ersten Recidivs betrifft, so hat sich Folgendes gezeigt: Nach Behandlung mit Sublimatpillen hat sich das auftretende Recidiv in beiläufig 30% mit leichteren Symptomen als das vorige Mal gezeigt, in etwa 63% mit stärkeren; in den übrigen waren die Symptome von gleicher Art oder etwa gleichwerthig wie die früheren.

Nach Inunctionen waren die Symptome in 14% leichter, in 62·5% stärker, in den übrigen etwa gleichwerthig.

Nach Injectionen war das erste Recidiv in 18% leichter und nur in 49% stärkerer Art.

Das erste Recidiv hat also nach Injectionsbehandlung im Ganzen einen milderen Charakter gehabt, die Verhältnisszahlen der schwereren Fälle waren 49 gegen 62·5 und 63.

Die späteren, tertiären Fälle sind im Ganzen in etwa 11% der hier besprochenen (502) Fälle geschehen, am häufigsten in 17% nach Behandlung des ersten Ausbruches mit Sublimatpillen, dann in 14% etwa nach Inunctionen, nach Injectionen aber nur in fast 7%. Die schwersten Fälle, die Gehirn- und Rückenmarksleiden, sind im Ganzen in gegen 3% der Fälle vorgekommen, mit etwa gleicher Häufigkeit nach jeder Behandlung (meistens wurden sie aber geheilt).

Auf diesen Erfahrungen fussend kann ich nicht umhin, die Injectionsbehandlung als die beste der bisher angewendeten Administrationswege der mercuriellen Präparate zu betrachten, jedenfalls und besonders für die Spitalpraxis. Sie ist leicht controlirbar, wirkt schneller als die anderen Methoden, sie gibt eine geringere Anzahl von Recidiven, die Recidive sind im Ganzen milder, und tertiäre Fälle nach derselben kommen deshalb auch seltener vor.

Ich muss dagegen gestehen, dass ich geringes Gewicht darauf lege, welches Präparat angewendet wird. In den letzten 4 Jahren wurde hier das Bicyanuret angewendet, früher fast immer das Sublimat. Ich habe mich aus dem literarisch Vorliegenden nicht veranlasst gefunden, das Bicyanuret durch das Hg formamid verdrängen zu lassen oder durch die Verbindungen des Quecksilbers mit den Amidosäuren der Fettsäurengruppe, dem Glycocoll-, Anilin- oder Asparagin-Quecksilber (Wolff). Die unangenehmen Seiten der Injectionsbehandlung, die Schmerzen und die Infiltrationen sind etwa dieselben bei fast allen neueren Mitteln, und sind im Ganzen nicht von grosser Bedeutung, wenn die Injection mit Massage verbunden wird, wie solche immer und zuerst hier [1]) angewendet worden ist; Mundirritation und Diarrhöe kommen auch kaum häufiger bei dem einen als bei dem anderen der zur Injection angewendeten Mittel vor.

---

[1]) Vgl. Virchow und Hirsch, Jahresber.

Prof. Neisser (Breslau) theilt mit, dass in seiner Klinik und Poliklinik 125 Fälle von meist frischer Syphilis mit Formamidat-Quecksilber (durchschnittlich 25 Injectionen à 0·01) behandelt worden sind. 91 Mal wurde der Schwund der Symptome erzielt; 11 Mal war kein Erfolg zu constatiren. Die Schmerzhaftigkeit war eine verhältnissmässig recht geringe, bei Weibern grösser, als bei Männern. 47 Mal wurden Kranke 9—21 Monate beobachtet und 39 Mal Recidiv constatirt. Nur 8 Mal blieben die Patienten in der genannten Frist recidivfrei. — Er stehe, entgegen der Ansicht Martineau's, auf dem Boden derjenigen, welche nicht eine Methode für die allgemein beste halten, sondern welche für jeden Fall die jeweilig beste Behandlung aufzusuchen sich verpflichtet halten. Besonders halte er die Inunctions-Methode für die wirksamste und zuverlässigste. — Das Wichtigste bleibe aber, lange Zeit hindurch im Fournier'schen Sinne die Krankheit zu behandeln. Liebreich gegenüber betont er, dass es noch nicht ausgemacht sei, ob gerade die schnelle Passage des Formamid durch den Körper so wünschenswerth sei, darüber werde erst langjährige Behandlungserfahrung Aufschluss geben; vielleicht auch würde eine häufig wiederholte und kürzere Formamid-Behandlung bessere Resultate geben, als Neisser sie bisher erzielt hat.

Dr. Vajda (Wien): Herr Prof. Liebreich hatte als Einleitung zu seinem soeben vorgetragenen Exposé über das Injectionsverfahren eine Kritik der übrigen Incorporationsmethoden des Quecksilbers geliefert und hiebei speciell die oft fehlende Wirkung des Quecksilberchlorids beim innerlichen Gebrauche auf Mangel an Chloriden, d. i. Unmöglichkeit der Ueberführung des Sublimats in ein sog. Doppelchlorid zurückgeführt und umgekehrt die günstige Wirkung desselben Mittels — wie er sie in der Folge beobachtete — von den dort üblichen salzreicheren Nahrungsmitteln abgeleitet.

Diese Art der Darstellung dürfte kaum richtig sein, was schon aus dem Vergleiche der Dose und der Aequivalente der hiebei in Betracht kommenden Verbindungen folgt.

Man gibt durchschnittlich pro dosi ein halbes Ctgrm. von Sublimat, welches 135 Aequivalente hat, während das Chlornatrium 59 als Aequivalent aufweist, mithin bedürfte es ca. nur eines Drittels des Gewichtes von Sublimat, d. i. ca. $1^1/_2$ Mgrm. Chlornatriums, um das Sublimat in Doppelchlorid umzuwandeln.

Eine solche Quantität ist nun im menschlichen Körper überall und immer vorhanden, das Fehlen der Wirkung muss daher auf ganz andere Momente als auf Mangel an Chlornatrium zurückgeführt werden.

Aber auch im Allgemeinen kann man nicht behaupten, dass leicht lösliche Präparate, wie es die meisten Injectionsmittel sind, vor den schwer löslichen den Vorzug verdienten.

Für den Moment wird die Wirkung des leichter löslichen Präparates allerdings grösser sein; zur Heilung der Lues bedarf es aber nicht allein einer momentanen, sondern einer anhaltenden Wirkung, weil die Wirkung des syph. Contagiums selbst anhaltend ist und einen solchen Vorrath von Quecksilber in leicht löslicher Form im Körper anzuhäufen, damit es für die Dauer wirken könne, geht aus dem einfachen Grunde nicht, weil die leichte Löslichkeit auch eine leichtere Elimination bedingt, abgesehen davon, dass eine grössere Menge eines leicht löslichen Präparates in den Körper eingeführt, eben wegen der durch starke Löslichkeit bedingten momentanen intensiven Wirkung für den Organismus gefährlich werden kann.

Aus diesem Grunde ziehen wir in der Praxis die Quecksilbersalbe, die sog. Inunctionskur, den Injectionen vor, welche speciell bei der Behandlung der Hautsyphilide während der sog. secundären Periode noch auch einen anderen Vortheil bietet, nämlich, dass sie dem Leiden selbst sozusagen auf dem Fusse folgt.

Die Syphilis befällt zu dieser Periode zumeist die Haut, genau in dieselbe Haut wird nun das Quecksilber eingerieben, von da aus gelangt es mit dem rückläufigen Säftestrome in die Lymphdrüsen, genau in dieselben Drüsen ist das syph. Contagium vorzugsweise deponirt.

Auch hinsichtlich der Dauer der Wirkung sind sie einander gewachsen, lange nach der Incorporation wurde von Vielen, so auch von mir, das Quecksilber im Blute, beziehungsweise die Ausscheidung des Quecksilbers im Urine constatirt und thatsächlich sieht man nach einmaliger Inunctionskur dauernde Heilung häufiger, als bei welch' anderer Methode immer, oder speciell bei der Injectionskur.

Auch die von Herrn Martineau soeben angeführte Erscheinung während der Injectionskur, nämlich die Abnahme der Harnstoffausscheidung ist kaum geeignet, der Inunctionskur die Superiorität streitig zu machen, weil genau dieselbe Erscheinung auch bei der Inunctionskur zu Tage tritt, ja auch ohne jedwede Medication beob-

achtet wurde, wie ich dies in meiner diesbezüglichen Arbeit, welche unter den bisher publicirten mit den zahlreichsten Analysen ausgestattet ist, schon im Jahre 1875 nachgewiesen hatte.

Schliesslich scheint die von Herrn L. normirte Quantität von 2 Mgrm. des Formamids pro dosi et die viel zu klein, um eine intensive allgemeine Quecksilberwirkung herbeiführen zu können.

Mit all dem ist aber noch nicht gesagt, dass die subcutane Injectionsmethode im Allgemeinen verwerflich wäre, auch sie hat ihre speciellen Indicationen, insbesondere überall dort, wo es sich darum handelt, die Incorporation unter Controle, z. B. bei zwangsweise Behandelten, auszuführen oder ohne Zuhilfenahme der Haut und des Intestinalkanales zu operiren etc. und wo eine mässig starke und rasche Wirkung, ohne Rücksicht auf die Dauer zu erzielen ist, in diesen und ähnlichen Fällen ist sie wohl, wie kaum eine andere Methode, am Platze.

Dr. Unna (Hamburg) dankt dem Vortragenden (Liebreich) für die treffliche Einleitung der Discussion, von einem Aufdrängen des Pharmakologen in der dermatologischen Section könne nicht die Rede sein. Hinwieder hätten die Dermatologen aber ihrerseits die Pharmakologen auf einen bisher von den Letzteren nicht genügend gewürdigten Punkt hinzuweisen. Bei der Ausführung subcutaner Injectionen herrscht leider noch allgemein die Vorstellung, als werde die Injection in Lymphbahnen gemacht, aus denen ein unmittelbarer Abfluss in die allgemeine Circulation bestehe. Es sei aber unsererseits schon längst darauf hingewiesen, dass vom subcutanen Gewebe aus nur der kleinste Theil durch grössere Lymphgefässe direct ins Blut abgeführt werden könne, da in diesem Hautbezirke um 5—6mal so wenig Lymphgefässe wie Venen existiren. Der bei Weitem grössere Theil werde direct nicht von grösseren Lymphgefässen, sondern von Blutgefässen, also nicht durch Gewebslücken, sondern durch Blutgefässwandungen hindurch resorbirt. Daher stammen zumeist die localen und meistens unerwünschten Wirkungen der Injection. Wir müssten daher von unserem dermatologischen Standpunkte aus die Pharmakologen auffordern, die Injectionsmethoden in der Weise vortheilhaft zu modificiren, dass die Injectionsmittel keinen schädlichen Einfluss auf die Wandungen der Blutgefässe auszuüben im Stande seien.

Dr. Smirnoff (Helsingfors) spricht den Calomelinjectionen

das Wort. Wir verweisen bezüglich des Gesagten auf das Referat Seite 206.

Barthélemy (Paris). Die Injectionen von Peptonaten, die ich gemacht habe, haben mir gezeigt, dass die Peptonate von Martineau im Allgemeinen gut vertragen werden. Ich betrachte sie als einen Fortschritt gegenüber den alten Sublimatpräparaten. Nach Liebreich und Wolff sind die Amide vorzuziehen. Ich bedaure, sie nicht bei der Hand gehabt zu haben.

Aber nehmen wir einmal ein ideales Präparat an; nehmen wir an, dass die Haut es vorzüglich verträgt, so glaube ich doch, dass die Behandlung mit Injectionen nicht in den gewöhnlichen Fällen der Stadtpraxis gemacht werden kann. Weder die Aerzte noch die Kranken hätten Zeit dazu.

Das Beisichtragen der Pillen ist die Bedingung einer regelrechten, langen, langwierigen Behandlung, wie sie zur Heilung der Syphilis nöthig ist; aber ich glaube, dass die Injectionen von Werth sind — wirksamer oder mindestens ebenso wirksam und sauberer als die Einreibungen — wenn es darauf ankommt, rasch und kräftig einzugreifen.

Ich für meinen Theil habe drei Erfolge mit Peptonaten erzielt in 3 schweren Fällen cerebraler Syphilis: 2 Fälle von Hemiplegie, die eintrat im 1. Fall 18 Monat nach dem Schanker, im 2. Fall 25 Monat. Der 1. Fall wurde in 2 Monaten geheilt durch tägliche Injectionen von 0·01, der 2. in 6 Wochen. Der 3. Fall war charakteristisch durch Störungen des Sprachvermögens, durch den Verlust des Gedächtnisses, durch Kopfschmerz und seit einem Jahre tägliche epileptische Anfälle. Die Syphilis datirte seit 6 Jahren. Nach einem Monat konnte der Kranke, der Schauspieler war, wieder auf der Scene erscheinen; die Epilepsie verschwand. Die Behandlung war 0·02 Sublimat in Form von Peptonaten, subcutane Injectionen 1 Centigr. Morgens, 1 Abends.

Wie Sie sehen ein günstiges Resultat, aber ich glaube, dass dies ein Verfahren ist, das man für die schweren Fälle aufheben soll. Sobald die Gefahr vorüber ist, soll man zur gewöhnlichen Behandlung zurückkehren.

Prof. Lang (Innsbruck) lässt es dahingestellt, ob die schnelle Resorption des Formamidquecksilbers als Vorzug bei der Syphilistherapie gelten kann; es kommen aber dem Präparate andere Vorzüge zu, die

seine Anwendung empfehlen. Prof. Lang hat das Mittel auch in 3%igen Lösungen zu subcutanen Injectionen angewendet und gar keine störende Reaction constatirt. Für die Tolerabilität des Formamids führt er auch folgende Beobachtung an: Ein Aushilfswärter hatte, als das Medicament zu Injectionen zu grossem Theile aufgebraucht war, die Injectionsflüssigkeit bergenden Fläschchen mit dem unverdünnten Hydrargyrum formamidatum solutum aufgefüllt; der Assistent injicirte nun von dieser Flüssigkeit drei Patienten, die sofort angaben, einen viel intensiveren Schmerz, als sonst zu verspüren; die eingeleiteten Recherchen ergaben nun zu unserem Schrecken das oben angeführte sträfliche Vorgehen des Aushilfswärters. Mit Angst sah Prof. Lang den acuten Local- und Allgemeinwirkungen entgegen; er ordnete Bettruhe und Eisüberschläge an. Als er nach einigen Stunden klopfenden Herzens auf die Klinik kam, war er ganz erstaunt, die Kranken ausser dem Bette und mit Kartenspiel sich zerstreuend anzutreffen. Nur 2—3 Tage bestand entzündliche Schwellung etwas höherer Temperatur; weitere Störungen sind nach gar keiner Richtung vorgekommen. Ferner führt Prof. Lang an, dass er parenchymatöse Quecksilberinjectionen in unexcidirbare Sclerosen schon seit längerer Zeit vorzunehmen pflegt, um auf diese Weise das in der Initialmanifestation abgelagerte Contagium zu zerstören und womöglich auch unter diesen Verhältnissen ein abortives Verfahren anzustreben. Er übt diese Methode auch darum mit Vorliebe, weil es ihm däucht, dass, wenn auch die abortive Behandlung der Initialmanifestation nur ausnahmsweise von vollem Erfolg gekrönt sein mag, durch dieses Vorgehen der weitere Verlauf der Syphilis zu einem milderen sich gestalte. Aus diesem Grunde hat auch Prof. Lang seit jeher versucht, Sclerosenresiduen durch parenchymatöse Injectionen zur Resorption zu bringen, beziehungsweise für die Folge unschädlich zu machen.

Prof. Doutrelepont (Bonn) erwähnt, dass er die Lewin'sche Sublimatlösung für sich, und in Verbindung mit Kochsalz, das Quecksilberalbuminat und Pepton Bamberger's und zuletzt das Quecksilberformamid nach Liebreich angewendet hat. Abscesse oder grössere Indurationen kamen bei keinem Präparate vor, wenn die Injectionen mit antiseptischen Vorsichtsmassregeln ausgeführt wurden. Bei subcutaner Einspritzung von Calomel hat D. meistens Abcesse folgen sehen. Einen sicher zu constatirenden rascheren Erfolg bei

einem oder dem anderen Präparate kann er nicht hervorheben; er hält es für sehr schwer, sich darüber ein ganz sicheres Urtheil zu bilden. Was die Schmerzhaftigkeit der Injectionen selbst betrifft, so sind das Pepton und Formamid als am wenigsten schmerzhaft zu bezeichnen, und werden von den Patienten am leichtesten ertragen. In Bezug auf die Recidive der Syphilis kann D. keinen Vorzug den einen vor den anderen Präparaten geben.

Dr. Wolff (Strassburg): Ich bin nicht der Meinung, dass die subcutanen Einspritzungen in allen Fällen anzuwenden sind und dass in dieser Behandlungsmethode allein Heil zu suchen sei. Die Behandlung muss dem Falle angemessen sein. Nichts destoweniger stimme ich aber der eben ausgesprochenen Meinung nicht bei, dass es egal ist, das eine oder das andere Medicament einzuspritzen. Wir müssen uns immer erinnern, dass neben der Krankheit es auch noch einen Patienten gibt, dem wir speciell subcutane Substanzen so wenig unangenehm als möglich beibringen müssen, sonst könnten wir uns ja damit begnügen, Abscesse zu produciren mit Calomeleinspritzungen. Wir müssen im Gegentheil Präparate suchen, die (wie es soeben Prof. Liebreich ausgesprochen hat und wie ich es in meiner Brochüre über die Behandlung der Syphilis mit Glycocoll, Asparagin und Alaunquecksilber im vorigen Jahre schon betont habe) so wenig wie möglich feste Albuminate in loco bilden, also weniger schmerzhaft und rascher resorbirt werden; denn die eben genannten Präparate verhalten sich nach meiner Erfahrung gleich und so wird es auch mit dem Formamid sein, das als ein Glied der gleichen Kette zu betrachten ist. Was diesen Präparaten nur vorzuwerfen ist, ist, dass sie sich nicht immer in Lösung gut halten, leichte Trübung zeigen, die ihre Allgemeinwirkung vermindern und die locale steigern. Ich habe mich deshalb bemüht, die Präparate rasch, frisch, in tempore zu bereiten und statt das Hg-Oxid in dem Amid zu lösen, das Präparat par double décomposition zu machen. Ich nehme daher drei Lösungen, die sich halten und die ich immer bereit habe. Die Lösungen sind so berechnet, dass die Verbindung keinen Ueberschuss von einer oder der anderen Substanz zeigt.

Man nimmt: 1) Glycocoll 2·50%,
2) Kali carb. 1·50%,
3) Sublimat 3·75%.

Durch Mischungen gleicher Quantitäten von 2) und 3) erhält man kohlensaures Hg, das in gleicher Quantität 1) sich klar und vollständig auflöst. So kann man jeden Tag oder für eine einzelne Einspritzung die Lösung in den besten Bedingungen erhalten.

Prof. Kaposi (Wien) resumirt das Ergebniss der vierstündigen Debatte (auf Wunsch Martineau's in französischer Sprache) und bemerkt:

Hervorzuheben ist, dass Liebreich seinen Vortrag mit dem Bekenntnisse eingeleitet hat, dass kein einziges Verfahren, also auch nicht das mittelst subcutaner Injectionen von Hydrargyrum formamidatum, für alle Fälle ausschliesslich ausreicht, womit der grösste Theil der Anwesenden, auch er selbst, sich einverstanden erklärt. Nur Martineau hat seit Jahren kein anderes Mittel angewendet, als Pepton-Quecksilber und meint damit auszureichen. Er wundert sich auch, dass Martineau niemals eine örtliche Reizung gesehen hat, da ja die individuelle Reizbarkeit der Haut selbst bei subcutanen Injectionen von Aqua destillata zuweilen sich geltend macht und in jedem Falle eine Distension des Unterhautzellgewebes stattfindet. Was das Hydrargyrum formamidatum anbelangt, so hat auch Kaposi es wirksam gefunden, gerade so wie alle übrigen zur hypodermatischen Application empfohlenen Quecksilberpräparate, dabei von geringerer Irritation, aber doch mehr disponirend zur Reizung des Zahnfleisches als z. B. das Peptonquecksilber und manchmal Diarrhöe erzeugend.

Da aber so viel von den hypodermatisch anwendbaren Mitteln und ihrer Wirkung die Rede war, so kann Kaposi nicht umhin zu bemerken, dass es angezeigt ist, der Inunctionskur mittelst Unguentum cinereum nicht zu vergessen, damit es nicht den Anschein gewinne, als sei auch diese durch die in Rede stehenden Methoden ad acta gelegt. Er spricht es im Gegentheil aus, dass die Inunctionskur noch immer das wirksamste und verlässlichste Mittel genannt werden muss und dass er in jedem Falle, wo Gefahr am Verzuge, gewiss nur die Einreibungskur vornimmt, da er auf die Wirkung der grauen Salbe sich am meisten verlassen kann.

Insofern der therapeutische Werth nach der Zahl von Heilungen der Syphilisfälle bestimmt werden soll und diese wieder mit statistischen Zusammenstellungen begründet werden, so muss Kaposi

auf das Precäre der letzteren hinweisen, selbst wenn sie so gründlich erscheinen, wie die eben von Bergh gegebenen.

Kaposi sieht ganz ab von den Spitalsberichten, in denen eben jeder Fall als geheilt figuriren muss, weil die Behörde es so verlangt, sondern er fragt, wie wir denn überhaupt bestimmen sollen, ob ein Syphilitischer geheilt ist, da ein solcher ja, nachdem er eine Reihe gesunder Kinder gezeugt oder geboren hat, noch Recidive bekommen kann.

Jedenfalls müsste ein jedes statistisch zu verwerthendes Individuum sein ganzes Leben beobachtet worden sein und das Materiale würde dann bis zum Unwerth zusammenschrumpfen.

Zugleich richtet Kaposi an die Anwesenden die Frage, ob sie nicht auch, wie er selbst, erfahren hätten, dass bei weiblichen Individuen viel häufiger die Syphilis erlischt und weniger Recidiven folgen, als bei Männern.

Prof. Pick (Prag): Gestatten Sie mir, dass ich vor dem Schlussworte des Herrn Referenten auch noch meine Meinung ausspreche. Die subcutane Injection von Quecksilberpräparaten, welcher Art immer, ist als nichts anderes zu taxiren, als einer der Wege auf welchem wir dem Organismus jenes Mittel zuführen, das wir als besonders wirksam gegen die Syphilis kennen gelernt haben. Wenn wir nun zwischen den verschiedenen Wegen der Application des Quecksilbers die Wahl zu treffen haben, so müssen wir streng individualisiren und zwar einerseits bezüglich der Individualität des Kranken, anderseits bezüglich der Form der Krankheit. Die wenigsten Kranken vertragen ohne grössere oder geringere Störungen des Verdauungapparates zu bekommen den innerlichen Gebrauch eines beliebigen Quecksilberpräparates auf die Dauer und zwar um so weniger, je grösser die Dosis sein muss. Aehnliches gilt bezüglich der Suppositorien. Dagegen wird die endermatische Methode sowie die subcutane Injectionsmethode von dem Kranken mit wenigen Ausnahmen, gut vertragen. Daher haben wir gewöhnlich zwischen einer dieser beiden Methoden zu wählen.

Wenn ich nun von allen anderen Umständen, wie die Sauberkeit und genauere Dosirung bei der subcutanen Injectionsmethode, gegenüber der Schmerzlosigkeit und geringeren Inanspruchnahme des Arztes bei der endermatischen Methode absehe, sind für mich zwei

Momente ausschlaggebend. Ob es nämlich darauf ankommt, rasch und energisch mit grossen Dosen von Quecksilber vorzugehen und zweitens ob die zu beseitigenden Krankheitssymptome die Haut betreffen. In beiden Fällen wähle ich dann die endermatische Methode, weil sie allein es gestattet, die entsprechend grosse Dosis einzuverleiben und weil es längst feststeht, dass wir mehr erreichen, wenn wir das Mittel mit dem Krankheitsherde in directen Contact bringen. Ich halte also dafür, dass weder die Statistik allein noch auch die pharmakologischen Experimente allein massgebend sind; ich muss jedoch sagen, dass mir unter den zur subcutanen Injection empfohlenen Präparaten das Quecksilberformamid deshalb die besten Dienste geleistet hat, weil es das relativ schmerzloseste und am raschesten resorbirbare Präparat ist.

Professor Liebreich: Meine Herren! Aus den von den Herren Vorrednern gegebenen Berichten liesse sich, wenn wir von der Statistik des Herrn Bergh vorläufig absehen wollen, das Resultat anführen, dass die subcutane Injectionsmethode nicht etwa in der Weise als eine Behandlungsmethode hingestellt werden kann, welche die Inunctionskur und den internen Gebrauch von Quecksilberpräparaten unnütz macht.

Ich kann nur den Worten des Herrn Kaposi, welche ja einen allgemeinen Beifall gefunden haben, zustimmen, dass die Inunctionskur als die zuverlässigste betrachtet werden muss, wenn auch einzelne Individuen gegen die Aufnahme von Quecksilber sich hartnäckig erweisen. In dringenden Fällen gibt sie die nachhaltigste Wirkung. Wenn ich von meinen Fällen, die ich vom pharmakologischen Standpunkte betrachtet habe, mir Ihnen gegenüber ein Urtheil erlauben darf, so scheint mir die Inunctionskur nachhaltiger und selbst in schwierigen Fällen zum Verschwinden der Symptome beizutragen. Es dürfte nun immer mehr die Beobachtung mit Klarheit hervortreten, dass bei subcutanen Injectionen die Wirkung im Beginne eine blendende ist, das Verschwinden der Symptome aber mit der Dauer der Einspritzung nicht Hand in Hand geht. Ja es gibt Fälle, wo man als gewissenhafter Arzt von der subcutanen Methode abstehen muss, während man bei der Inunctionskur in den meisten Fällen nur mit ganz geringen Ausnahmen diese Kur durchführen kann. Was nun die Anwendung der Mittel zur subcutanen Injection betrifft, so kann es keinem Zweifel unter-

liegen, dass diejenigen Quecksilberverbindungen, welche am leichtesten diffundiren, die grösste antisyphilitische Wirkung haben müssen. Das Sublimat, welches zuerst im Jahre 1866 von Barclay-Hill zur subcutanen Injection angewendet wurde, ist eine Substanz, welche vom wissenschaftlichen Gesichtspunkte aus als die für subcutane Injectionen ungeeignetste bezeichnet werden muss. Die einfache Reaction, dass Sublimat mit Eiweiss sich niederschlägt, hätte vor der Anwendung warnen müssen, da ein Coagulum sich unter der Haut bilden muss und diese Retardirung dem Medicament zum Nachtheil gereicht. Die gleichzeitige Anwendung von Kochsalz kann an diesen Verhältnissen wenig ändern. Es bleibt somit die Benützung von organischen Quecksilberverbindungen übrig, deren erste Anwendung zu therapeutischen Zwecken von Herrn Prümers mit Aethylsublimat gemacht wurde. Das von mir angegebene Quecksilberformamid, welches von manchen Syphilidologen als praktisch befunden ist, gibt den Fingerzeig für Anwendung einer Reihe anderer Quecksilber-Amidverbindungen, von denen sich nur solche für die Praxis als anwendbar erweisen, welche eine Zersetzung ausserhalb des Organismus nicht erleiden und sich durch Haltbarkeit auszeichnen. Bei dem Glycocoll-Quecksilber, welches ja in ähnlicher Weise wirken muss, ist der Nachtheil, dass das Präparat für den jedesmaligen Gebrauch fertig gestellt werden muss. Die Statistik des Herrn Bergh möchte ich durchaus im Speciellen nicht bezweifeln, allein es lassen sich alle Gründe dagegen anführen, welche gegen eine Statistik überhaupt und besonders gegen zu kleines Material geltend gemacht werden können. Ich glaube daher, ohne irgend welche Vorschläge für neue Heilmittel besonders betonen zu wollen, den Anschauungen von Herrn Pick und Kaposi generell zustimmen zu müssen.

III. Ueber Syphilis bei Thieren.

Dr. L. Martineau (Paris): Seit den Arbeiten von Davaine und Pasteur über die Microben, die Infectionsträger der virulenten Krankheiten der Thiere; besonders des Milzbrandes, der pustula maligna; von Koch über den Tuberkelbacillus, von Neisser, Bokai, Finkelstein, Leistikow, Bouchard, Cornil, Demaschino etc. über den Bacillus der Blennorhöe, forschen die Syphilidologen nach den Microben der Syphilis. Im Jahre 1882 habe ich, in Gemeinschaft mit

Hamonie, die Existenz des Syphilisbacillus nachgewiesen und seine charakteristischen Merkmale angegeben. Ich habe ihn gezüchtet und mit positivem Erfolge einem jungen Schweine eingeimpft. Dieses Experiment hat mich angeregt, die Syphilis bei Thieren zu studiren. Dieses Studium ist um so interessanter, um so wichtiger, als es ganz neu ist und uns die syphilitischen Erkrankungen bei Thieren kennen lehrt. Der mehr oder weniger grosse Widerstand gegen das syphilitische Virus wird uns lehren, ob sich das Virus beim Thiere auf einen solchen Grad abschwächt, dass die Heilung der Krankheit ohne weitere Behandlung vor sich gehen kann, indem sich in Folge einer successiven Uebertragung auf mehrere Thiere derselben Race oder auf Thiere von verschiedenen Racen, das ist in Folge successiver Cultur des Infectionsträgers, das ursprüngliche Virus so weit abschwächt, dass es keine Syphilis mehr erzeugt und vielleicht in Folge einer Präventivimpfung den Menschen immun macht, vor jeder weiteren Syphiliserkrankung. Sollten wir denn nicht auch für die Syphilis das erreicht sehen können, was, wie es scheint, der berühmte Pasteur für das Virus der Hundswuth nachgewiesen hat.

Das ist aber noch nicht Alles. Da der Mensch nicht als Gegenstand von Experimenten gewählt werden kann, sind viele Punkte der syphilitischen Erkrankung noch dunkel geblieben und gerade deshalb herrschen noch verschiedene Meinungen unter den Syphilidologen. Ich will nichts weiter erwähnen als die Syphilis hered. und die Syphilisübertragung durch den Impfstoff. Das Studium der Syphilis bei Thieren wird zu Hilfe gerufen werden, um einiges Licht zu werfen auf alle diese zweifelhaften Punkte.

Bezüglich der Therapie werden wir erfahren können, welches die Medicamente sind, und in welcher Dosis man sie anwenden muss, um die Microben der Syphilis zu zerstören.

Von jedem dieser Gesichtspunkte aus drängt sich das Studium der Syphilis bei Thieren den Experimentatoren und Syphilidologen auf und so habe ich auch nicht gezögert, dem Organisationscomité des Congresses in Kopenhagen vorzuschlagen, diese Frage auf die Tagesordnung zu setzen. Ich danke diesem für den Eifer, den es gezeigt hat, um meinen Wünschen zu entsprechen. Ich zweifle nicht, dass, wenn meine Collegen aus allen Ländern sich an die Arbeit machen, dieses Studium binnen wenigen Jahren so complet als mög-

lich sein wird. Unterdessen gestatten Sie mir, Ihnen ein Resumé der Versuche zu geben, die ich seit 1882 angestellt habe.

Obwohl das Schwein die Fähigkeit besitzt, durch Einimpfung des syphilitischen Schankers oder durch Injection syphilitischer Bacterien die Syphilis zu acquiriren, wie ich das in meiner Zuschrift an die Académie de médecine in Paris vom 4. und 5. September 1882 nachgewiesen habe, ist es doch zu Experimenten wenig geeignet; ich habe deshalb untersucht, ob die Affen die Fähigkeit besitzen, die Syphilis zu acquiriren. Ich will hier nicht zurückgreifen zu den fruchtlosen Experimenten zahlreicher Autoren, zu den fehlerhaften Experimenten von Auzias-Turenne, der den einfachen, nicht infectiösen Schanker einimpfte; ich würde fürchten, Facta aufzuzählen, die alle Welt kennt. Ich werde nur meine interessanten Experimente erzählen.

Es ist nicht nur das erste Mal, dass die Einimpfung der Syphilis beim Affen gelungen ist, es ist auch das erste Mal, dass den Aerzten Gelegenheit geboten war, die Entwicklung dieser Krankheit bei einem Thiere zu studiren, das weder früher noch gegenwärtig einer Behandlung unterworfen wurde. Die Resultate dieser Experimente wurden in den Mittheilungen der société médicale des hôpitaux veröffentlicht. Das Thier befindet sich zur Beobachtung im hôpital de Lourcine. Abgüsse der krankhaften Veränderungen der Haut wurden mit der grössten Sorgfalt von einem ausgezeichneten Künstler, H. Juivelin, abgenommen und in meinem Spitalmuseum aufgestellt. Alle meine Collegen konnten und können das Thier sehen und die Exactität der specifischen Krankheitserscheinungen beglaubigen. Ich werde mich demnach darauf beschränken, die Daten der Impfung und das Auftreten der syphilitischen Erscheinungen anzuführen.

16. November 1882. Impfung mit dem Serum eines infectiösen Schankers von der rechtsseitigen Schamlippe einer Kranken auf die Vorhaut des Penis einer ungefähr 15 Jahre alten Meerkatze. Um zu zeigen, dass es sich wirklich um einen infectiösen Schanker gehandelt hat, wurde eine Autoinoculation vollführt an der inneren Seite des rechten Schenkels der Kranken; diese Autoinoculation gab kein Resultat.

14. December 1882 (28. Tag seit der Impfung) zeigen sich zwei infectiöse Schanker an zwei Impfpunkten. Diese beiden Schanker vernarben, der eine am 11., der andere am 10. Jänner 1883 (dem 27. Tage seit ihrem Auftreten, dem 56. seit der Impfung). Während

ihres Auftretens multiple Drüsenschwellung an der Schamleiste, in der Submaxillargegend und in der rechten Achselhöhle.

Am 9. Jänner 1883 (55. Tag nach der Impfung, 26. Tag nach dem Auftreten des Schankers). Eruption erosiver, papulo-erosiver und diphtheroider Syphilide, an der Vorhaut und der Haut des Penis.

Entwicklung der Syphilide während 19 Tagen, dann Verschwinden derselben.

September 1883 (10. Monat nach der Impfung). Auftreten ulceröser Syphilide am Gaumenbogen während drei Wochen bestehend, Heilung mit Hinterlassung weisser linearer Narbe.

21. October 1883 ($11^1/_2$ Monate nach der Impfung) epileptische Anfälle 4 oder 5 Minuten dauernd.

3. December 1883 (13 Monate seit der Impfung). Papulo-hypertrophisches Syphilid an der rechten Hälfte des Scrotums. Dauer $1^1/_2$ Monate.

18. Jänner 1884 (14 Monate nach der Impfung) mehrere papuloerosive Syphilide am Gaumenbogen durch ungefähr 14 Tage. Von da an bis zum 22. Mai 1884, dem Tage der Abfassung dieser Note für den Congress kam keine syphilitische Erscheinung dazu. Das Thier ist vollkommen gesund.

Zu diesem Gegenstande ergreift das Wort

Prof. Pick: Es falle ihm nicht ein, auf das Meritorische der sehr interessanten Mittheilungen des Herrn Martineau einzugehen. Um sich ein Urtheil zu bilden, müsste man das Thier selbst beobachtet haben. Er wolle nur bemerken, dass er selbst Gelegenheit hatte, die Resultate von Experimenten zu verfolgen, die zum Zwecke der Uebertragung von Syphilis auf Affen angestellt wurden. Diese Experimente, welche von Prof. Klebs im Jahre 1878 in Prag gemacht wurden, ergaben in einem Falle ein Exanthem, welches Prof. Klebs als ein Syphilid gedeutet hat. Redner selbst aber sei der Ansicht gewesen, dass dieses unter Fiebererscheinungen aufgetretene Exanthem mehr einer leichten Variola entsprochen habe. Er führe diesen Umstand an, um zu zeigen, wie schwierig es sei, die nach einer Syphilisimpfung auftretenden Krankheitserscheinungen als Syphilis zu deuten, ohne eine genaue Kenntniss aller Krankheiten zu besitzen, die bei den Versuchsthieren überhaupt vorkommen können.

Vierter Verhandlungstag Freitag den 15. August.

Präsident: Prof. Doutrelepont.

Verhandlungsgegenstände:

I. **Prof. Lang (Innsbruck)** spricht über die Combination von Gumma und Carcinom: Bösartige Neubildungen, die auf dem Boden eines anderweitig erkrankten Gewebes zur Entwickelung gelangen, beanspruchen sowohl vom theoretischen wie vom praktischen Standpunkte ein erhöhtes Interesse, weil der ursprüngliche Krankheitstypus durch solche Combinationsformen eine Alteration erfährt, die für den Anatomen und den Kliniker von gleich hoher Wichtigkeit ist.

Combinationen von Lupus und Carcinom haben ausser mir noch andere Collegen wahrgenommen und dürften bis jetzt über ein Dutzend solcher Fälle bekannt geworden sein.

Sehr wenig beobachtet wurde bis nun Krebsbildung in einem syphilitischen Infiltrate, in einem Gumma.

Ich sehe da selbstverständlich ab von jenen Fällen, in denen Krebs bei einem früher Syphilitischen an Stellen zur Ausbildung gelangte, die bei nicht Syphilitischen in gleicher Weise erkranken können, wie etwa das Entstehen von Carcinom auf dem Boden einer sogenannten Psoriasis mucosae, einer Leukoplakia; ebensowenig ziehe ich hier jene Fälle in Betracht, in denen Geschwülste exstirpirt wurden, die nachträglich als syphilitische erkannt worden sind. Ich fasse hier nur solche Beobachtungen ins Auge, bei denen der tadellose Nachweis von Gumma- und Carcinombildung nebeneinander vorliegt. Solche Beobachtungen sind nun sehr selten, am häufigsten noch an der Zunge, aber auch da nur 3—4mal constatirt worden. Krebsentwicklung auf dem Boden eines Hautgumma ist meines Wissens überhaupt noch nicht zur Kenntniss gelangt. Ich darf mir daher erlauben, Ihr Interesse für einen Fall in Anspruch zu nehmen, der auf meiner Klinik zur Beobachtung gekommen ist.

Prof. Lang schildert hierauf den klinischen Verlauf eines in seinen „Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, Wiesbaden 1884“ veröffentlichten Falles und demonstrirt die Photographie des Patienten und mikroskopische Präparate des neben und im Gumma entwickelten Carcinoms.

II. **Dr. Behrend (Berlin):** Ueber Tinea trichophytina und Favus.

Wir bringen den Vortrag des Herrn Dr. Behrend, welcher den Anlass zu der nachfolgenden Discussion gegeben hat, unter den Originalien. (S. S. 353.)

Discussion:

Dr. Wolff (Strassburg): Ich bezweifle was College Behrend ausgesprochen hat, dass nach 3 Tagen das Haar schon zerklüftet sein kann. Es entspricht dieses meinen Untersuchungen absolut nicht.

In solchen Fällen üben die Pilze ihre Wirkung zuerst an den Haaren aus. Sie gelangen zuerst auf diese, entwickeln sich da ohne sichtbare makroskopische Erscheinungen hervorzubringen, gelangen nach und nach bis zur Hautoberfläche, auf welcher dann erst sichtbare Erscheinungen zu Tage treten.

Sei es, dass sie von der Oberfläche der Haare aus auf die Epidermis gelangen oder zwischen den Wurzelscheiden bis zur Haarpapille und dann in den Haarschaft hineinwuchern; wenn die sichtbaren Manifestationen auf der Haut sich zeigen, ist in solchen Fällen die Modification der Haare schon eine ältere. Umgekehrt kann auch der Pilz von der Epidermis in die Haare eindringen; in solchen Fällen ist aber die makroskopische Erscheinung auf der Haut das erste Symptom. Im ersten Falle erscheint die vorgerückte Haarmodification (Zuklüftung) früher wie im zweiten. Dadurch möchte ich diesen rapiden Zerklüftungsprocess erklären.

Dr. Paul Michelson (Königsberg): Ich will nur an eine im letzten Theile seines Vortrages von Herrn Behrend gemachte Bemerkung einige Worte anknüpfen. Nach meinem Dafürhalten ist für die differentielle Diagnose zwischen der Alopecia areata und der Mycosis tonsurans eine genauere Besichtigung der Haare — sei es durch das Mikroskop, sei es mit Zuhilfenahme des uns von Herrn Behrend empfohlenen Chloroformverfahrens — durchaus entbehrlich. Die bei der Mycosis tonsurans niemals fehlenden dermatitischen Erscheinungen schliessen, wie ich glaube, die Möglichkeit einer Verwechslung beider Krankheitsprocesse von vorneherein aus; man wird zum mindesten — wenn nicht mehr an allen, so doch an einer oder anderen der erkrankten Stellen — eine stärkere Schuppenbildung constatiren und diesen Befund in Verbindung mit den von dem Kranken oder seinen Angehörigen über den Verlauf des Leidens gemachten Mittheilungen für die Sicherstellung der Diagnose verwerthen können.

Andererseits lässt gerade dann, wenn bei längerem Bestehen der Affection die entzündlichen Symptome auf das geringste Mass reducirt sind, auch die Untersuchung der Haare auf eine etwaige Pilzinvasion uns am ehesten im Stiche.

Die früher vielfach vorgekommene Verwechslung der beiden Formen von Willan's „Ringworm" beruht — ich kann hierin Pincus nur vollkommen beistimmen — nicht auf einer besonders hervorstechenden Aehnlichkeit ihres klinischen Charakters, sondern auf der durch eine unzweckmässige Nomenclatur angerichteten Verwirrung.

Dr. Unna (Hamburg): Da der Weg, auf dem die Pilze in den Haarschaft hereinbrechen, wieder genauer untersucht wird, so möchte ich auf einige naheliegende Fehlerquellen hinweisen, die bei dieser Frage in Betracht kommen. Erstens hat man principiell bei der Untersuchung alle Haare auszuschliessen, welche durch und durch von Pilzen durchsetzt sind. Diese können für die Bestimmung des Weges nicht in Betracht kommen; so ist aus dem Vorkommen von pilzdurchsetzten Haarwurzeln fälschlich der Schluss gezogen worden, dass die Pilze auf dem Umwege der lebendigen Haarwurzel den Schaft befallen hätten. Zweitens beweise das Vorkommen von Pilzcolonien unter dem unverletzten emporgehobenen Oberhäutchen noch nicht, dass die Pilze vom Haarbalg emporgestiegen sind; denn das Oberhäutchen kann an einzelnen kleinen Stellen, die der Beobachtung entgehen, durchbrochen sein.

Dr. Behrend: Was zunächst die Bemerkungen des Herrn Michelson betrifft, so ist es ja natürlich, dass eine Verwechslung des Herpes tonsurans mit der Alopecia areata unmöglich ist, so lange der erstere entzündliche Erscheinungen zeigt. In den chronischen Formen aber, wie sie bei uns in Deutschland gar nicht vorkommen, wie ich sie aber beispielsweise bei Prof. Liveing im Middlesex hospital in London in grosser Anzahl gesehen habe, fehlen alle entzündlichen Erscheinungen, und wenn es allerdings richtig ist, dass in solchen Fällen die kahle Stelle mit Schuppen bedeckt erscheint, so kann man doch andererseits auch wieder bei Personen, die an Herpes tonsurans des Kopfes leiden, Stellen finden, die absolut frei von Schuppen sind und eine glatte Haut zeigen, ganz wie bei Alopecia areata. Prof. Liveing macht auf diese Erscheinung mit Recht in seinem Buche

aufmerksam. Ich selber sah bei einem kleinen Knaben, der durch Infection von einem Hunde einen Herpes tonsurans des Körpers und des behaarten Kopfes acquirirt hatte, während der Behandlung einen solchen Fleck am Kopfe entstehen, der ganz genau dem Bilde der Alopecia areata entsprach. Ich kann deshalb Pincus auch gar nicht beistimmen, wenn er glaubt, dass früher ganz allein durch Schuld der Nomenclatur Verwechslungen zwischen Herpes tonsurans und Alopecia areata vorgekommen sind. In solchen Fällen nun kann durch die Chloroformprobe schon ohne Zuhilfenahme des Mikroskopes eine Entscheidung herbeigeführt werden. Ausserdem kommt in England, worauf erst kürzlich Alder Smith aufmerksam gemacht hat, eine Form von Herpes tonsurans capitis vor, bei welcher sich zwischen vollkommen gesunden Haaren nur ganz vereinzelte Haarstümpfe finden (H. tonsur. dispersus), ohne dass entzündliche Erscheinungen vorhanden sind; in solchen Fällen kann durch die Chloroformprobe gleichfalls eine Erleichterung resp. Sicherstellung der Diagnose erzielt werden.

Auch im Barte sind oft die Entzündungserscheinungen so unbedeutend und gehen so schnell vorüber, dass sie der Beachtung des Patienten und seiner Angehörigen entgehen, so dass durch die Anamnese kein Anhaltspunkt über die Entwicklung des Leidens gewonnen wird. So habe ich zuweilen bei Personen Knoten im bärtigen Theile des Gesichtes angetroffen, welche die normale Hautfarbe besassen, und über deren Entwicklung die Patienten keine Angabe machen konnten. Unterwarf ich dann alle von derartigen Knoten mit der Pincette entfernten Haare der Chloroformprobe, so ergab sich regelmässig, dass höchstens eines oder zwei dieselbe bestanden und dann unter dem Mikroskop auch in der That pilzhaltig gefunden wurden. Für denjenigen also, der sich von dem parasitären Ursprung solcher Knoten überzeugen will — und meinen Zuhörern gegenüber habe ich in meinen Vorlesungen stets das Bedürfniss hiezu gefühlt — wird die Chloroformprobe das beste Mittel sein, schnell und sicher zu entscheiden, ob in dem epilirten Haare Trichophytonpilze enthalten sind und wo man dieselben zu suchen hat.

Auf den von Prof. Unna berührten Punkt habe ich wegen der Kürze der mir zugemessenen Zeit nicht näher eingehen können, muss aber hier meine vollkommene Uebereinstimmung mit ihm zum Ausdruck bringen. Denn auch ich habe die Ueberzeugung gewonnen, dass

der Pilz keineswegs zunächst in den Follikel hinabsteigt, um alsdann erst von der Wurzel aus in den Haarschaft emporzuwuchern. Der Pilz beginnt seine Invasion an der Austrittsstelle des Haares aus dem Follikel und wuchert schon hier während er gleichzeitig die Wurzelscheiden ergreift, in die Haarsubstanz hinein, denn an ganz frischen Flecken, deren Dauer man aus ihrem Umfange auf drei bis vier Tage schätzen kann, brechen die Haare schon bei leisem Zuge im Niveau der Haut ab und erweisen sich bei näherer Untersuchung bereits vollkommen zerklüftet. An dieser Stelle also muss der Pilz am längsten gewuchert, seine Invasion also am frühesten begonnen haben. Wollte man annehmen, dass der Pilz erst vom Bulbus aus im Haarschaft emporwächst, so müssten gerade die am tiefsten im Follikel befindlichen Stellen als die am frühesten ergriffenen am meisten desorganisirt sein und die Haare bei frischen Erkrankungen stets auch in der Tiefe des Follikels unter dem Zuge der Pincette abbrechen. Ausserdem aber habe ich erwähnt, dass nach meinen Beobachtungen das Trichophyton überhaupt nicht in den Bulbus, soweit er aus vollsaftigen Zellen besteht, hineinwuchert, sondern, wie ich mehrfach gesehen habe, oberhalb desselben selbst in einer scharfen Linie abschneidet.

Was endlich den Einwurf des Herrn Wolff betrifft, so kann ich versichern, dass in dem von mir erwähnten Falle die Erkrankung nicht viel länger als drei, vielleicht vier Tage bestanden haben kann, da ich den Knaben regelmässig alle zwei resp. drei Tage in meiner Poliklinik zu sehen bekam, so dass der Fleck am Kopfe sich nur in der zwischen zwei Consultationsstunden liegenden Zeit entwickelt haben konnte, und einer solchen Dauer entsprach auch seine geringe Ausdehnung. Wir können die Dauer der Erkrankung eines Haares ja immer nur nach der Dauer der sichtbaren Erscheinungen auf der Haut bemessen, jedenfalls aber konnte das Haar nicht viel länger als die Haut ergriffen gewesen sein.

Dr. Michelson: Ich möchte hier eine Frage zur Discussion stellen und besonders Herrn Behrend bitten, auf diese Frage eine Antwort zu ertheilen, wenn er auf Grund seiner Untersuchungen dazu im Stande sein sollte. Woher kommt es, dass die an den Barthaar tragenden Theilen des Gesichtes sich localisirende Mycosis tonsurans in einzelnen Fällen trotz monatelangen Bestehens ausschliess-

lich die epithelialen Theile der Haut afficirt, während wir andere Male ein ganz rapides Uebergreifen des Entzündungsprocesses auf das Corium oder sogar das Unterhautzellengewebe, eine Umwandlung der Flecke in bis wallnussgrosse Knoten, mit anderen Worten den Uebergang der einfachen Mycosis tonsurans in die knotige Trichomycosis, die sogenannte parasitäre Sycosis, innerhalb weniger Tage sich vollziehen sehen. Es darf wohl hier an den auf Felix v. Niemeyer's Klinik beobachteten, von mir (im 1. Bande des Archivs für Dermatologie und Syphilis) publicirten Fall als an ein Beispiel der letzten Kategorie erinnert werden.

Dr. Behrend: Für diese Verschiedenheit im Verlaufe habe ich keinen Grund auffinden können. In den ersten Fällen von knotiger Trichomycosis, die ich beobachtete, fand ich auffallend grosse Sporen, wie ich sie bei Herpes tonsurans zuvor nicht gesehen hatte, und ich glaubte anfänglich, dass ich es mit einem besonderen Pilz zu thun hatte, der die knotige Form erzeugt. Später stellte sich dies jedoch als ein Irrthum heraus, da ich auch hier kleine Sporen fand, wie diese ja überhaupt in der Mehrzahl der Fälle vorhanden sind. Häufig aber kommt es bei der Anwesenheit des Trichophyton selbst nicht einmal zur Entwicklung von Scheiben oder Kreisen, sondern es bilden sich an der Austrittsstelle der einzelnen Haare aus dem Follikel kleine rothe Pünktchen, die zunächst stationär bleiben, dann abschilfern und sich spontan involviren, zuweilen aber fehlen auch diese und wir haben an der Austrittsstelle eines Haares nur ein weisses Schüppchen.

III. **Dr. Barthélemy (Paris):** Ueber die visceralen Erscheinungen der Syphilis hereditaria tarda.

Die Leser finden den Vortrag des Herrn Dr. Barthélemy unter den Originalarbeiten (S. S. 387).

IV. **Prof. Neisser (Breslau):** Ueber die Dauer der Ansteckungsfähigkeit der Gonorrhöe.

Meine Herren! Die Frage nach der Dauer der Ansteckungsfähigkeit ist wesentlich von gynäkologischer Seite her als von höchster Bedeutung betont worden. An uns tritt sie mehr bei der Entscheidung, ob Patienten mit chronischer Gonorrhöe heirathen dürfen,

heran. Die Entscheidung der uns vorliegenden Frage hängt zusammen mit dem Urtheil über den Werth der Gonococcen.

Sie wissen alle, dass das Vorkommen der von mir beschriebenen Coccen bei gonorrhoischen Processen allseitig bestätigt worden ist. Es fehlt aber eine allseitige Anerkennung des allein entscheidenden Versuches, durch Impfung mit Culturen die Gonorrhöe zu erzeugen.

Bockhart hat eine solche Inoculation mitgetheilt; ich persönlich zweifle nicht an der Richtigkeit dieser Beobachtung und ihrer Deutung; aber eine Bestätigung von anderer Seite ist ein entschieden berechtigtes Postulat.

Nehmen wir aber die sogenannten Gonococcen als Träger des Contagiums an, so handelt es sich einfach darum, das Secret sogenannter chronischer Gonorrhöe auf das Vorkommen der Gonococcen zu untersuchen. Es ist nur Vorsicht in folgenden Punkten nöthig:

1. Coccen sind sehr schwer als Gonococcen zu erkennen. Es gibt viele Coccenarten ausserhalb wie innerhalb des thierischen Organismus, welche morphologisch den Gonococcen ungemein ähnlich sind und mikroskopisch kaum sicher unterschieden werden können.

2. Bei der chronischen Gonorrhöe muss in jedem Falle das Secret häufig untersucht werden. Ich habe oft gesehen, dass mehrere Tage lang das Secret coccenfrei war und dann Coccen (oft in reichlicher Zahl) enthielt.

3. Muss man sicher sein, dass nicht eine frische gonorrhoische Infection intercurrirt.

Mit diesen Cautelen habe ich 77 Fälle von chronischer Urethritis bei Männern untersucht.

51 Mal fanden sich Gonococcen. Dazu kommen 4 Fälle, welche in den mir vorliegenden Präparaten zwar keine Gonococcen enthielten, bei denen aber die Erkrankung der Frau den inficirenden gonorrhoischen Charakter der Urethritis des Mannes erschliessen liess.

26 Mal fand ich keine Coccen, doch sind dabei 16 Fälle, bei denen ich nur ein Präparat untersuchen konnte. Nur 10 Fälle also sind eventuell als gonococcenfrei zu betrachten.

Das Alter der Gonorrhöen schwankte zwischen 3 Monaten, (wobei ich nur klinisch hierher gehörige Fälle mit minimalster Secretion etc. in Betracht zog) bis viele Jahre.

Was die chronische Gonorrhöe bei Weibern betrifft, so halte ich wesentlich die Ausführungsgänge der Bartholin'schen Drüsen für

den Sitz derselben. Sehr oft ist bei scheinbar ganz gesundem Aussehen dieser Drüsen das spurweise, ausdrückbare Secret reichlich gonococcenhaltig. Bumm hält den Cervicalkanal für gleich wichtig in dieser Beziehung; ich habe darüber zur Zeit wenig Erfahrung.

Thatsache ist jedenfalls, dass die Menge oder Qualität des Scheiden-Secretes nicht Aufschluss gibt über seinen gonorrhoischen Charakter. Gerade die neueren Beobachtungen über die Blennorrhoea neonatorum haben in dieser Beziehung wichtige Aufschlüsse gegeben.

Ich halte also nach dem heutigen Standpunkte unserer Kenntnisse über die Gonococcen und ihre Virulenz eine chronische Urethritis mit Gonococcen für infectiös, wenn auch in geringem Grade (entsprechend der meist geringen Coccenzahl) und nicht mit gesetzmässiger Constanz, entsprechend der wechselnden Anwesenheit der Coccen an verschiedenen Tagen. Kein Fall darf aber a priori beurtheilt werden, sondern muss für sich jedes Mal auf die Anwesenheit der Gonococcen geprüft werden.

Dr. Bergh (Kopenhagen) betont das Vorkommen von Gonococcen in den mucopurulenten oder purulenten Ausflüssen aus den vulvo-vaginalen Gängen. Uebrigens meinte er, dass diese letzteren sowie die Lacunae vaginae und der Cervicalkanal häufiger als die Urethra die Quellen der Urethriten der Männer wären.

Dr. Michelson (Königsberg): Von nahezu ausschlaggebender Wichtigkeit für die uns augenblicklich beschäftigende Frage ist es, zu entscheiden, ob ein Secret, in dem der Nachweis der Gonococcen gelingt, unter allen Umständen als contagiös gelten muss.

Auf Grund eines Falles, von dem ich Kenntniss habe, bin ich geneigt, das vorerst zu bezweifeln, würde aber Herrn Neisser dankbar sein, wenn er uns seine eigenen, jedenfalls umfassenden Erfahrungen in Betreff dieses Punktes mittheilen wollte.

Was die von mir erwähnte Beobachtung anbelangt, so hatte sich ein vor 14 Jahren an Gonorrhöe erkrankter Mann seit 4 Jahren verheiratet. Im August vorigen Jahres linksseitige Nebenhodenentzündung, die mit der Hinterlassung eines Knotens in der Cauda innerhalb von 10 Tagen abläuft. Im Juli d. J. acute Prostatitis, ohne dass in der Zwischenzeit — abgesehen von dem Befund von Filamenten im Urin — anderweitige Symptome auf das Fortbe-

stehen des ganz frischen Processes hingewiesen hätten. Der aus dem Prostata-Abscess entleerte Eiter gonococcenhaltig. Nichtsdestoweniger keine Uebertragung der Krankheit auf die Frau, welche seit ihrer vor 2 Jahren erfolgten Entbindung unter der Beobachtung eines sachkundigen Gynäkologen steht.

Ich füge hinzu, dass ich eine Anzahl von Patienten mit deutlichen Resten chronischer Gonorrhöe — etwas schleimigem Secret Morgens im Orificium urethrae, gelegentlichem Verkleben der Harnröhrenmündung, fädigen Flocken im Urin — habe sich verheiraten sehen, ohne dass später nachtheilige Folgen für ihre Frauen oder Kinder zu beklagen waren.

Mit chronischer Gonorrhöe in die Ehe eingetretene Männer, die das Trippercontagium auf ihre Frauen übertrugen, würden mir verdächtig sein, sich von Neuem inficirt zu haben.

V. **Dr. Wolff (Strassburg):** Ueber die Aetiologie der Psoriasis.

An den Vortrag des Herrn Dr. Wolff (S. Originalien S. 337) schloss sich nachfolgende Discussion:

Prof. Neisser (Breslau) hat bisher trotz reichlicher Untersuchung und vielfach variirter mikroskopischer Technik, die von Lang beschriebenen Pilze nicht auffinden können, ist aber der Ansicht, dass die Arbeiten in dieser Hinsicht fortgesetzt werden müssen, weil in der That der klinische Ablauf der Psoriasis zur parasitären Auffassung hindränge. — Doch müsse er gegen die Auffassung Wolff's protestiren, dass die Pilze von innen heraus kämen; es fehle für diese Hypothese jeder thatsächliche Beweis, jede Analogie bei anderen Mycelpilzen, und auch jede aprioristische Vorstellung über die Wege auf welchen aus Blut- und Lymphgefässen die Pilze in die Hornschichten gelangen sollten.

Das Weissbleiben scheinbar gesunder Haut bei allgemeiner Chrysarobinbehandlung erkläre er sich für einzelne Fälle durch Epithelanomalien, welche von früherer Psorasis zurückgeblieben seien; analog den Leucopathieflecken, wie sie nach Psoriasis oft entständen, und persistent bleiben; jedenfalls fehle der Beweis, dass diese ungefärbt bleibenden Stellen schon latente Pilzherde seien.

Prof. Pick (Prag): Der Verdacht, dass es sich bei der Psoriasis um eine parasitäre Krankheit handle, bestehe schon sehr lange.

Die Priorität, diesen Gedanken auf Grund positiver Untersuchungsresultate ausgesprochen zu haben, gebühre Prof. Wertheim in Wien, auch in dem Sinne, dass der Parasit von innen heraus durch die Ingesta in die Haut gelange. Wertheim glaubte, dass es sich um Hefepilze handle und dass dieselben vielleicht durch den Genuss des Bieres in den Organismus gelangen.

Wenn man Psoriasisschuppen auf den Befund von Pilzen untersuche, werde man sehr häufig ein positives Resultat bekommen. Er habe die verschiedenartigsten Formen, auch solche, wie sie H. Wolff demonstrirte, vorgefunden, aber er habe dieselben Befunde auch bei anderen mit protrahirter Schuppenbildung einhergehenden Dermatosen, z. B. beim squamösen Eczem gehabt. Ueberhaupt scheine es ihm bei ausgedehnten Untersuchungen solcher Schuppen viel schwieriger, nichts von Pilzen zu finden als solche nachzuweisen. Der Nachweis allein beweise für die pathogene Bedeutung der Hyphomyceten, um die es sich hier handle, ebensowenig wie der blosse Nachweis von Mikrokokken bei den verschiedensten Krankheiten.

Herr Lang habe sehr viel Werth darauf gelegt, dass sein Pilz in den sogenannten Psoriasishäutchen gesucht werde. Was ist denn aber dieses Psoriasishäutchen? Das Psoriasishäutchen von gestern ist die Psoriasisschuppe von heute, der Pilz, der das Häutchen so massenhaft durchzieht, muss auch in der Schuppe zu finden sein.

Was die Verfärbung der gesunden Haut gegenüber den psoriatischen Stellen bei der Chrysarobinbehandlung anlangt, habe er schon an anderer Stelle dargethan, dass diese Verfärbung auf die Einwirkung des Alkalis der Hautsecrete zurückzuführen sei. Wenn man zu einer Chrysarobinsalbe einige Tropfen einer Kali causticum-Lösung zusetzt, färbe sich dieselbe roth-violet, ähnlich wie die gesunde Haut und die Wäsche des Kranken, wenn sie mit Seife gewaschen werde. Wo die Haut normal functionirt, sei reichliches Secret, also auch reichliche Alkalien vorhanden, die die Färbung hervorrufen, an den psoriatischen Stellen, wo die Secretion darniederliege und überdies die Salbe mit den Epithelien rasch abgestossen werde, bleibe die Färbung aus. Daher komme es, dass die Färbung noch intensiver werde, wenn der Kranke im Bade mit einer Kaliseife, wie die Sapo viridis eine ist, abgewaschen werde.

Er wünsche lebhaft, dass die Untersuchungen nach der von den HH. Lang und Wolff angegebenen Richtung eifrigst fortgesetzt wer-

den; er werde aber so lange nicht der Auffassung der Krankheit als einer parasitären beistimmen, so lange nicht unzweifelhafte Impfresultate die pathogene Bedeutung der Pilze für die Psoriasis sichergestellt haben werden.

Prof. Dr. Lipp (Graz) weist auf einige Umstände hin, welche mit der Annahme eines parasitären Ursprungs und Charakters der Psoriasis vulgaris nicht im Einklang stehen.

a) Es ist kein Fall einer Uebertragung des Hautleidens von einem Individuum auf ein anderes unter Hausgenossen, Ehegatten u. s. w. bekannt geworden.

b) Der Vortragende hatte Gelegenheit, zwei wohl constatirte Fälle von Psoriasis bei Mädchen in der Pubertätszeit zu sehen, in welchen die Entwicklung der ersten psoriatischen Efflorescenzen sehr acut erfolgte und mit deutlichen entzündlichen Erscheinungen (Röthung, Schwellung, Hitze) einherging, die man — nach den bisherigen Erfahrungen über Dermatomykosen — nicht auf die Einwirkung eines Pilzes hätte zurückführen können.

c) Die bekannten Dermatomykosen befallen, wenn sie wirklich geheilt sind, was durch fortgesetzte genaue Beobachtung constatirt werden muss, den Kranken nicht wieder, ausser er wird neuerdings angesteckt. Die nicht vollkommen gelungene Heilung einer Dermatomykose, also ihr Fortbestehen lässt sich in kurzer Zeit feststellen. Anders bei Psoriasis. Ihre Erscheinungen können auch dann wieder auftreten, wenn keine Zeichen derselben auf der Haut zurückgeblieben sind und wenn die Beseitigung der psoriatischen Erscheinungen bereits mehrere Monate oder selbst 1 Jahr und mehr angedauert hat.

d) Nicht zu vergessen sind die bisweilen zu beobachtenden günstigen Behandlungsresultate, welche durch das innerlich oder hypodermatisch dem Organismus einverleibte Arsen — bei Ausschluss jeder oder doch jeder stärker eingreifenden Behandlung — gewonnen werden. Diese Erfolge lassen sich an und für sich nicht gut durch Annahme einer antiparasitären Wirkung des Arsens erklären, und umso weniger, wenn man bedenkt, dass geringe Mengen Arsens beträchtliche Wirkungen hervorrufen können und dass nur ein minimalster Bruchtheil einer in den Organismus eingeführten und in diesem vertheilten Quantität Arsens zu den einzelnen psoriatischen Herden gelangen kann, und die nicht leichte Aufgabe zu erfüllen hätte, die Parasiten zu tödten oder doch ihr Gedeihen wesentlich zu beeinträchtigen.

Dr. Allan Jamieson (Edinburg) sagt: Obwohl die Psoriasis in Schottland häufig vorkomme und er daher Gelegenheit hatte, sorgfältige und längere Zeit fortgesetzte Untersuchungen anzustellen, habe er doch bis jetzt die von Prof. Lang und Dr. Wolff beschriebenen Pilzelemente nicht finden können. Er pflichtet aber Prof. Pick bei, dass es leicht sei, Pilze in den Schuppen der Psoriasis zu finden. Die Thatsache, dass in vielen Fällen die Psoriasis heile durch den einfachen Gebrauch von alkalischen Bädern, welche in keinerlei Weise als pilztödtend betrachtet werden können, spreche gegen die Theorie vom parasitären Ursprung der Krankheit. Dr. Wolff's Vortrag verlange, dass diese interessante Frage neuerdings und sorgfältig studirt werde.

Dr. Unna (Hamburg): Was sich gegen die Psoriasis als Infectionskrankheit vorbringen lässt, scheint gesagt worden zu sein. Andererseits ist es wohl nicht fraglich, dass die meisten Redner ganz gerne sähen, wenn die Pilznatur der Psoriasis wirklich unzweifelhaft bewiesen wäre, da viele klinische und anatomische Thatsachen sich dadurch leicht erklären lassen würden. In dieser Hinsicht verdienen auch die spärlichen Thatsachen gesammelt zu werden, die für eine directe Uebertragung der Psoriasis sprechen. Hierauf theilt Redner von zwei derartigen Fällen, die ihm bekannt sind einen mit. Er betrifft eine vollständig psoriasisfreie Familie, in der kurz nach einander drei Kinder an Psoriasis erkrankten, nachdem ein an Psoriasis leidendes Kindermädchen daselbst kurze Zeit engagirt war.

Prof. Doutrelepont (Bonn) hat bis jetzt nur wenige Psorisishäutchen auf Pilze untersuchen können. Zweimal hat er ähnliche Bilder, wie Lang und Wolff sie beschreiben, beobachtet. Die Frage ist seiner Ansicht nach noch nicht spruchreif, und da Vieles bei Psoriasis für ihre parasitäre Natur spricht, so fordert er zu allseitiger weiterer Untersuchung dieser Frage auf.

Prof. Lang (Innsbruck): Die höchst instructiven Mittheilungen, die wir dem Herrn Collegen Wolff verdanken, haben für mich ein um so höheres Interesse, weil ich zuerst sowohl von dem klinischen Charakter wie nachträglich von dem mikroskopischen Befunde die mykotische Natur der Psoriasis ableitete. Der positive Theil der sehr accuraten Untersuchungen des Collegen Wolff, ich meine den regelmässigen Nachweis von Pilzen bei Psoriasis, deckt

sich mit dem von mir schon vor Jahren Angegebenen vollkommen; Beweis dafür die Uebereinstimmung der photographischen Bilder des Pilzes mit den von mir gelieferten Zeichnungen des Epidermidophyton. Den weiteren Deductionen des verehrten Collegen kann ich jedoch nicht folgen, und insbesondere seinen, wenn auch schüchtern ausgesprochenen Vergleich der Psoriasis mit Pellagra nicht gelten lassen, weil es sich bei der letzteren um eine schwere Allgemeinerkrankung handelt, bei der die Hautaffection ganz untergeordnet ist, während die Psoriasis eine Dermatose darstellt, bei welcher Alterationen anderer Organe gewiss eine kaum in Betracht zu ziehende Rolle spielen. Gegen die mykotische Natur der Psoriasis sind viele Einwände erhoben worden; im Allgemeinen müssen wir uns aber gegenwärtig halten, dass nach unserem jetzigen Wissen das Misslingen einer Uebertragung ebensowenig gegen die parasitäre Natur einer Krankheit spricht, wie die schwere Heilbarkeit. Im Speciellen habe ich also hervorzuheben, dass das klinische Bild der Psoriasis, das regelmässige Verschontbleiben der Schleimhäute von der Krankheit sowie auch mancher Hautpartien, die auch sonst von Mykosen nicht ergriffen werden, wie die Palmae und Plantae, in gleicher Weise für die Pilznatur der Psoriasis sprechen, wie die Wirksamkeit der antiparasitären Präparate gegen diese Krankheit.

Meiner Ansicht nach fliegen Keime des Epidermidophyton unzählige Male gegen unsere Haut, bleiben gewiss sehr oft an nicht glatten, schuppenden, rauheren Partien, wie an den Streckseiten der Knie- und Ellbogengelenke, an einer schuppenden Kopfhaut oder an anderen desquamirenden (ekzematösen) Stellen, haften und führen daselbst ein vorübergehendes Dasein; zu einer dauernden Ansiedlung des Epidermidophyton müssen wir aber eine ganz besondere Disposition des Individuums annehmen. Diese für die Ansiedlung des Epidermidophyton günstige Disposition der Haut ist es nun, welche vererbt wird. Nur der Mangel einer solchen Disposition erklärt es, dass Uebertragungen der Krankheit weder auf experimentellem Wege noch klinisch zur Beobachtung gekommen sind; verhält es sich diesbezüglich nicht ähnlich mit der Dermatomykosis versicolor? Andererseits bedingt die vorhandene Disposition häufige Recidiven der Psoriasis; gilt dasselbe nicht auch von der Dermatomykosis versicolor? — Trotzdem dürfte es auch da gelingen, wenn einmal dem Gegenstande Aufmerksamkeit zugewendet wird, Fälle von Uebertragungen zu constatiren.

Dr. Behrend (Berlin) glaubt, ohne sich für oder gegen die Existenz eines Psoriasispilzes entscheiden zu wollen, dass eine Impfung auf den Träger mit positivem Resultate doch noch nicht entscheidend für die parasitäre Natur der Psoriasis zu sein braucht, da solche Fälle doch immer noch die Deutung zulassen, dass der Pilz erst secundär sich an der Impfstelle eingenistet, nachdem der mechanische Reiz die Entwicklung der Psoriasisefflorescenz veranlasst hat.

Dr. Wolff (Strassburg): Herr Prof. Pick bemerkt, dass die Pilze nichts Charakteristisches haben. Das Gleiche kann auch von dem Trichophyton tonsurans gesagt werden. In dem einen Fall finden wir grosse und zahlreiche Sporen, in dem anderen keine oder nur wenig. Die Grösse der Sporen ist äusserst variabel beim Herpes tonsurans. Was die Impfung anlangt, muss ich auf das Gesagte zurückkommen. Die Impfungen können nur auf ein prädisponirtes Individuum versucht werden, und in solchen Fällen kann der einfache Hautreiz Erscheinungen zu Tage bringen, welche auf gleiche Umstände wie die von Köbner hervorgebrachten Erscheinungen zurückgeführt werden können.

Dass Arsenikeinspritzungen oder Arsenik innerlich eingenommen eine heilsame Wirkung hervorbringt, wie dies von Prof. Lipp mir gegenübergehalten wird, kann die parasitäre Theorie der Psoriasis in keinem Sinn umstürzen. Das Jodkalium hat ebenfalls eine nicht läugbare Wirkung auf diese Affection. Doch kann kein erfahrener Arzt läugnen, dass es speciell die antiparasitischen Mittel sind, welche die Heilung am schnellsten besorgen. Theer, Sublimat, Acid. pyrogallicum, Chrysarobin werden mit rascherem Erfolge äusserlich angewendet, wie irgend eine innere Behandlung.

Die von Dr. Unna citirten Fälle von Uebertragung könnten höchstens die parasitäre Natur der Psoriasis feststellen. Dass, wie Prof. Pick bemerkte, man bei Ekzem ähnliche Pilze findet, ist eine mir bekannte Thatsache. Jedoch findet man diese nicht constant wie bei der Psoriasis und sie sind niemals so zahlreich vorhanden. Ausserdem kann immer ein Ekzem bei „latenten Psoriatikern" auch die Entwicklung des Pilzes hervorbringen, nicht selten sieht man auf diese Weise Psoriasis auftreten.

Fünfter Verhandlungstag, Sonnabend den 16. August.

Präsident: Dr. Thin.

Verhandlungsgegenstände:

I. **Prof. Janowsky (Prag)** spricht über Jodoformexantheme:

Nach einer kurzen Einleitung über Nebenwirkungen gewisser Arzneimittel auf die Haut weist der Vortragende auf diejenigen Hautausschläge hin, welche in Folge Application antiseptischer Verbände entstehen, und entwirft auf Grund seiner Erfahrungen ein Bild der Jodoform-Exantheme, wie er es an sechs Fällen beobachtet hat.

In dem I. Falle handelte es sich um einen 28jährigen Agenten, welcher nach der Jodoformbehandlung eines weichen Geschwürs am Frenulum unter Temperatursteigerung ein Erythem an den Schenkeln, im rechten Hypogastrium und in der Lumbalgegend bekam. Die Temperaturerhöhung dauerte 2 Tage, das Exanthem griff auf den linken Schenkel über, erblasste dann binnen drei Tagen, zeigte sich bei fortgesetzter Jodoformbehandlung und completem Fieberabfall symmetrisch an beiden Vorderarmen und verschwand auch hier unter mässiger Hautabschuppung binnen zwei Tagen. In diesem, sowie in allen übrigen Fällen bewirkte eine abermalige Application von Jodoform ein Wiedererscheinen des Exanthems.

Im II. Falle handelte es sich um einen 22jährigen Drechsler. Der Kranke bot ein Geschwür im linken Antheile des sulcus glandis und einen linksseitigen Leisten-Bubo, welcher eröffnet und mit einem typischen Jodoform-Dauerverbande behandelt wurde. 24 Stunden nach Application des Verbandes entwickelte sich an der Bauchhaut ein aus kleinen, stecknadelkopfgrossen rothen Flecken bestehendes Exanthem, welches stellenweise confluirte. Am 3. Tage ein ähnliches Exanthem am linken Vorderarme, welches ebenso wie das ersterwähnte sich zu einem diffusen Erythem herausbildet. Am 4. Tage erscheint auf ähnliche Weise ein Erythem in der Gesässgegend, von da ab rapides Schwinden des Exanthems mit leichter Abschuppung der Haut. Fieberloser Verlauf.

III. Fall. V. J. 31jähriger Taglöhner. Ulceröses Syphilid, welches einen grossen Theil des Gesichtes einnimmt, sich ferner in der Fusssohle, in den beiderseitigen Ellbogengegenden, am Gliede, an den Handflächen localisirt. Am 12. April 1883 Raclage eines Theiles der Geschwüre an den unteren Extremitäten, typischer Jodoformverband

(Inspersion. Jodoformmull, Salicyl-Watte, Billroth-Battist, Mullverband). Den Tag darauf klagt der Kranke über starkes Hautjucken an den Schenkeln, zwei Tage darauf entwickelt sich vollkommen symmetrisch an den Unter- und Oberschenkeln ein Erythem, welches an der Vorderfläche der Schenkel den deutlichen Typus eines Erythema iris aufweist. Dauer des Exanthems 36 Stunden. Hierauf schwindet dasselbe, so dass binnen 3 Tagen ausser einer leichten Hautabschuppung nichts nachgewiesen werden kann. 14 Tage hierauf nach einem erneuerten Jodoformverbande abermaliges Erscheinen eines ähnlichen Exanthems an den vorderen Schenkelflächen.

IV. Fall. 24jähriger Handelsmann. Ein weiches Geschwür an der linken Seite des Frenulums, theilweise dasselbe unterminirend, linksseitiger Bubo; Eröffnen desselben, Jodoformverband. Den 3. Tag darauf unter Fiebererscheinungen (38·4°) sowie unangenehmen subjectiven Gefühlen ein ausgebreitetes Erythem in der Umgebung des Bubo mit kleinen, theilweise aus confluirenden punktförmigen Efflorescenzen bestehenden Ausläufern, die linke Hüftgegend und das Gesäss einnehmend. Nach zwei Tagen Fieberabfall, Ausbreitung des Exanthems in die linke Vorder-Brustgegend, mit Hämorrhagien von Stecknadelkopfgrösse in die erythematös gerötheten Partien. Der Verband wird gewechselt, ein Sublimatverband angelegt. Rapides Zurückgehen des Exanthems, drei Tage nach Anlegung des Sublimatverbandes das Exanthem verschwunden, die Hämorrhagien in normaler Regression. Nach abermaligem Anlegen des Jodoformverbandes leichtes Erythem der linken Unterbauchgegend.

V. Fall. 16jähriges Mädchen, anämisch neuropathisch hereditär belastet, sonst gesund, ist mit einer lupösen Affection an der Aussenseite des rechten Oberschenkels unterhalb des Trochanters behaftet. Eruption von lupösen Knötchen in Kreissegmenten, ulceröser Zerfall der inneren Partien. Raclage und Scarification der Geschwüre und Knötchen, Jodoformverband. Den dritten Tag Erscheinen in der Gegend der Spina os. il. sup. ant. ohne Fiebererscheinungen, Purpuraflecke, welche sich bis zum 5. Tage in dem näheren und weiteren Umkreise der Wunde entwickeln, die rechte Gesässgegend, die rechte Oberbauch- und Brustgegend einnehmen. Keinerlei sonstige Erscheinungen wie Gelenksaffectionen etc., welche die Purpura erklären könnten. Der Jodoformverband wurde weggelassen, die weitere Entwicklung der Purpuraflecke sistirte und dieselben nehmen ihren normalen regressiven

Verlauf. Nach 14 Tagen, nach Erneuerung des Jodoformverbandes, mässige Purpura-Eruption um die Wunde.

VI. Fall. 48jähr. Beamter. Im Februar d. J. wurde ein zerfallendes Hautgumma in der Gegend der linken Wade, 6 Ctm. unterhalb des Kniegelenkes constatirt. Jodoformverband ohne interne Behandlung. 3 Tage darauf ohne Fiebererscheinungen ein handflächengrosses Erythem in der linken unteren Thoraxgegend und am Rücken, die Gegend unterhalb des linken Schulterblattwinkels einnehmend. Hierauf durch 2 Tage ein mässiges Fieber (38·2—38·4°) — Fieberabfall. An den ursprünglich ergriffenen Stellen erheben sich Blasen von Kreuzergrösse, von Pemphigus-ähnlichem Charakter. Nach 3 Tagen Zusammenfallen, nach 5 Tagen Eintrocknen der Blasen, nach weiteren 5 Tagen fallen die Krusten ab und bieten eine leicht pigmentirte, sonst normale Hautoberfläche dar: das Erythem steht still und verschwindet den 2. Tag der Dauer der Blasen.

Der Vortragende bezieht diese Eruptionen, besonders mit Rücksicht auf den Umstand, dass sich dieselben nach erneuerter Jodoformbehandlung wiederholten, auf die Einwirkung des Jodoforms. Ob diese Exantheme blos vom Jod des Jodoforms herrühren, lässt derselbe dahingestellt, erinnert jedoch bezüglich der Purpura an die von Fox beschriebenen Fälle, wo papulöses und bullöses Exanthem nach innerlicher Darreichung von Jodkalium entstanden ist, sowie an einschlägige Fälle von Neisser und Besnier.

Discussion:

Dr. Behrend (Berlin) weist darauf hin, dass man eigentlich nur berechtigt ist, dort von Arzneiausschlägen zu sprechen, wo es sich um Ausschlagsformen handelt, die nach der Aufnahme von Arzneistoffen in die Circulation entstanden sind, wie er dies sowohl in seinen Arbeiten über Arzneiausschläge als in seinem Lehrbuche der Hautkrankheiten festgehalten hat, da diejenigen Ausschläge, welche nach äusserer Application von Arzneistoffen entstehen, nichts Charakteristisches besitzen.

Prof. Janowsky erwiedert, dass die mitgetheilten Fälle deshalb als durch Jodoform entstanden zu betrachten sind, daher als Arzneiexanthem aufzufassen sind, weil sie sich nach erneuerter Application wiederholten und auch sonst von einer Reihe hochangesehener Fachcollegen Arzneiexantheme nach endermatisch-hypodermatischer Application von Arzneien beobachtet wurden.

II. **Dr. Owen,** von Dr. Thin vorgestellt, ladet die Section ein, sich an den Arbeiten des „Collective Investigation Committee der British Medical Association“ zu betheiligen.

Dieser Antrag wird nach einer kurzen Debatte, an der sich die Herren Martineau, Quinlan und Unna betheiligen, einstimmig angenommen und conform der am Freitag über denselben Gegenstand stattgefundenen Verhandlung ein Comité eingesetzt, in welches per acclamationem der Reihe nach folgende Herren berufen wurden: Prof. Pick (Prag), Prof. Neisser (Breslau), Prof. Bergh und Prof. Haslund (Kopenhagen), Dr. Barthélemy (Paris), Prof. Leloir (Lille), Dr. Unna (Hamburg), Dr. Thin (London), Dr. Wolff (Strassburg), Dr. Smirnoff (Helsingfors).

III. **Prof. Lipp (Graz):** Ueber Variola und Vaccine. Nach einer brieflichen Mittheilung des Herrn Prof. Lipp wünscht derselbe über diesen Gegenstand erst nach Abschluss weiterer Arbeiten ausführlichere Mittheilungen zu machen, weshalb wir von der Publication seines Vortrages und der an ihn geknüpften Bemerkungen der Herren Martineau und Unna vorläufig Umgang nehmen.

IV. **Prof. Haslund (Kopenhagen):** Beiträge zur Pathogenese des gonorrhoischen Rheumatismus. Wir bringen diesen Vortrag unter den Originalarbeiten (s. S. 359).

Hiermit war das Programm erschöpft. Herr Prof. Haslund schloss mit warmen Dankesworten die Verhandlungen der Section für Dermatologie und Syphilis auf dem achten internationalen medizinischen Congresse.

Zahlreiche Mitglieder der Section unternahmen unter Führung des Herrn Dr. Armauer Hansen eine Excursion in die Lepragegenden Norwegens.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

Angioneurotische Dermatosen.

Trastour, Longuet, Lubanski, Daga. Ueber die Rubeola oder die Rötheln der Deutschen. (Union méd. Nr. 7 u. ff. 1884. — Ctlbl. f. klin. Med. Nr. 11, 1884.)

Trastour beobachtete im Winter 1881/82 zu Nantes eine Röthelnepidemie; die Prodrome bestanden in mehr oder minder starker Injectionsröthe der Lid-, Nasen- und Rachenschleimhaut ohne Husten oder Schnupfen, in Kopfschmerzen und, als constanter, fast pathognostischer Erscheinung, in geschwollenen, leicht schmerzhaften Lymphdrüsen an den Warzenfortsätzen. Nach dieser oft sehr kurzen, mitunter ganz fehlenden Prodromalperiode trat das Exanthem auf, meist zuerst am Gesicht, das öfter ganz unförmig anschwoll; das Exanthem war sehr wenig charakteristisch, die Flecken isolirt oder confluirend, meist blass, mitunter sehr roth, seine Dauer durchschnittlich zwei Tage; dabei kein Fieber, keine Störungen seitens der inneren Organe. Desquamation kaum sichtbar, nur in zwei Fällen sehr hochgradig, vollkommen scharlachähnlich.

Aehnliche Beobachtungen, welche die Selbstständigkeit der Röthelnkrankheit beweisen sollen, werden auch von anderen Autoren in der „Union medicale" im Anschluss an die obige mitgetheilt.

Hayward. Zwei Fälle von hämorrhagischem Scharlach, mit Crotalus behandelt. (Lancet II. p. 54. 1883.)

Hayward berichtet über zwei Fälle von Scharlachdiphtherie, die mit sehr schweren Prostrationserscheinungen und Athembeschwerden, verursacht durch reichliche diphtheritische Membranen, einhergingen und sich binnen wenigen Stunden nach der äusserlichen Application von Crotalus, verbunden mit innerlicher Darreichung

des gleichen Mittels, aber sehr verdünnt, sichtlich besserten und gut verlaufen sein sollen.

Pioch. Ueber die Behandlung der Blattern durch Einpinslung von Jodtinctur. (Lyon méd. T. XLV. No. 5, 1884.)

Pioch hat bereits vor einigen Jahren das obige Heilverfahren in Lyon médical, Bd. 25 empfohlen. Nun unterstützt er diese Empfehlung durch drei neue Krankengeschichten, schwere Fälle betreffend, welche Vf. durch täglich mehrmals wiederholte Anstriche mit einer aus Jodtinctur (30,0), Jodkalium (0,25) und Glycerin (60,0) bestehenden Lösung gerettet zu haben glaubt. Es soll sich um eine Zerstörung der Krankheitskeime durch locale und allgemeine, resorptive Wirkung handeln. (? A.) Die Methode ist schmerzlos; ihre Dauer erstreckt sich etwa vom 6. bis zum 12. Tage der Krankheit.

Cahn. Ueber Antipyrin und Antipyrinexanthem. (Berl. klin. Woch. Nr. 36, 1884.)

Wie aus Breslau (durch Alexander) und Zürich (durch Ernst) wird aus der Strassburger medicinischen Klinik durch Cahn von kurz dauernden Erythemen berichtet, die nach vieltägigem Gebrauche des Antipyrin eintraten, ein zweifelloses Arzneiexanthem (Erythema toxicum Auspitz) darstellten und den nach Chinin beobachteten vollkommen ähnlich waren. Da weder subjective Beschwerden, noch objective Nachtheile sich mit der Hautaffection verbanden, so wurde in späteren Fällen die Antipyrin-Darreichung nach Eintritt des Exanthems nicht unterbrochen. Caspary.

C. Pellizzari. Neuer Beitrag zum Studium der Joderuptionen. (Lo Sperimentale 1884.)

Im Anschluss an bereits von ihm mitgetheilte Formen von durch Jodkali erzeugten Exanthemen theilt Pellizzari weitere Fälle mit, in denen als Folge des Jodkaligebrauches subcutane Knoten auftraten, die in einem Falle selbst zu acutem Zerfall führten und ein dem Rotzknoten ähnliches Bild lieferten. P. stellt dann die Frage auf, wodurch für die Jodkaliexantheme die Disposition zur Bildung bedingt werde und kommt zum Schluss, dass ein besonders irritables Gefässsystem die Veranlassung der Joderuption bilde. Als Beweis

führt er an, dass in den Fällen hochgradiger Jodexantheme mit Knotenbildung eine bedeutende Reizbarkeit des Gefässsystems nachweisbar war. Er hat die Jodefflorescenzen untersucht und chemisch untersuchen lassen, ohne in denselben je eine Spur Jod nachweisen zu können, dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung von beginnender Jodakne bedeutende Erweiterung aller die Talgdrüse umspinnenden ebenso, als der nachbarlichen Gefässe, Ansammlung von Rundzellen an den Wänden derselben, so dass er zum oben erwähnten Schlusse kommt, hochgradige Irritabilität des Gefässsystemes sei die Veranlassung der Joderuptionen, in erster Linie der Purpura, die ja direct eine Gefässerkrankung ist, in zweiter Linie der übrigen Formen, die mit einer Gefässerkrankung beginnen und von dieser ausgehen. Finger.

Wille und **Riethmann**. Ein Fall von acuter Jodoform-Intoxication. (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. No. 18, 1884.)

Eine 37jährige Lehrerin war wegen einer Lymphangitis mit Einschnitten und nachherigen Jodoformverbänden sowie einer Jodkaliummixtur an der Basler psychiatr. Klinik behandelt worden und gerieth bald darauf in einen Zustand grösster Aufregung und Unbesinnlichkeit, die Respirationen waren tief, der Puls über 140, dabei undeutlich und schwach, der Ernährungszustand schlecht, auf Schultern und Thorax ein dunkelrothes Roseola-ähnliches, leicht erhabenes fleckförmiges Jodexanthem, die Extremitäten kühl, die Lippen trocken, der Urin spärlich. Trotz vielfacher therapeutischer Eingriffe (Chloral, Bäder, Strychnin) ging die Patientin nach 6tägiger Behandlung zu Grunde und die Obduction ergab neben Lungenödem hauptsächlich fettige Herz- und Leber-Degeneration und Diphtherie des Dickdarms. Auffallend war bei dem Krankheitsbilde vor allem der hohe Grad von Bewusstseinstörung und motorischer Erregung. Dass dieser Zustand von einer Jodoform-Intoxication abhing, dafür sprach ausser dem Mangel anderweitiger ätiologischer Momente namentlich der bis zum Zeitpunkte der Jodoformbehandlung vollständig normale Geisteszustand, ausserdem die Uebereinstimmung der Jodoform-Vergiftungserscheinungen mit der Angabe anderer Autoren und ein reichlicher Jodgehalt im Urin. Als prädisponirendes Moment werden Ueberarbeitung, Gemüthserregung und vorangegangene schwächende Einflüsse anzunehmen sein. Pro-

gnostisch am ungünstigsten sind diejenigen Intoxicationen, die gleich zu Anfang der Behandlung mit Jodoform auftreten.

Boeck. Ein Fall von Polyneuritis acuta, durch eine Purpura rheumatica eingeleitet. (Tidsskrift for prakt. Medicin, Nr. 17 und 18, 1883.)

Dieser Fall hat insofern dermatologisches Interesse, als erstens eine Purpura rheumatica mit heftigen symmetrischen Ausbrüchen an den Extremitäten rasch von einer ebenfalls blitzschnell sich entwickelnden, symmetrischen Neuritis der grossen Nervenstämme, sowohl der oberen wie der unteren Extremitäten gefolgt war, und zweitens dadurch, dass der Vf. zu dem Resultat kommt, dass wahrscheinlich diese äusserst acut und dabei vollständig symmetrisch sich verbreitende Neuritis eben sowohl wie die unmittelbar vorausgehende Purpura centralvasomotorischen Ursprunges sei, welche Erklärung er auch für die leprösen Nervenaffectionen nutzbar machen will. Danielssen hat sich schon längst für den vasomotorischen Ursprung der leprösen Haut- und Nervenaffectionen der glatten Form ausgesprochen, und der Verf. hält dafür, dass die meistens sehr auffallende Symmetrie der leprösen Flecken (anästhetische Form) in Verbindung mit der ausserordentlichen Acuität der Ausbrüche kaum einer anderen Erklärung Platz gibt. Man hat allerdings versucht, die lepröse Nervenaffection als eine secundäre, von den schon früher vorhandenen Hautaffectionen herrührende hinzustellen, indem man an eine Absorption des leprösen Giftes durch die Lymphgefässe der Nervenstämme dachte. Diese Erklärung aber stimmt dem Verf. weder mit der klinischen Beobachtung noch mit den vorliegenden pathologisch-anatomischen Untersuchungen Danielssen's (Traité de la forme anestétique de la Spedalskhed, III. livrais. und „Recueil d'observations sur les maladies de la peau" par W. Boeck et D. C. Danielssen), welche viel zu wenig Beachtung gefunden haben.

C. Pellizzari. Atrophirendes Erythema urticatum (partielle idiopathische Atrophie der Haut). (Giornalo Italiano delle malatt. vener. e della pelle IV. 1884.)

Nach sorgfältiger Berücksichtigung der einschlägigen Literatur erzählt P. den folgenden Fall: C. A. 45 Jahre alt, Gärtner, ein gesundes, robustes Individuum, suchte am 18. März 1882 die Klinik

in Florenz wegen eines mehrere Monate alten Syphilides auf, das er bisher noch nicht behandelt hatte. Die Untersuchung ergab eine Induration, Papeln an Glans, Anus, Mundschleimhaut. Am Thorax beiderseits, dem Verlauf der Nerven entsprechend und auch mit ihrem grössten Durchmesser diesem analog eine grosse Zahl Linsen- bis 2 Centimeter grosser, mehr ovaler als runder, weisser Flecke, die auf den ersten Blick wie Varicellanarben aussehen, leicht gestrickt erscheinen, sich aber bei genauer Untersuchung nicht als Narben, sondern als Atrophien der Haut darstellen. Pat. gibt an, an diesen Flecken seit 1881 zu leiden, und habe jeder Fleck mit einer kleinen schmerzlosen Anschwellung begonnen. Nach Heilung der Syphilissymptome entlassen, wird der Kranke beauftragt, wenn sich ähnliche Erscheinungen wie im Jahre 1881 einstellen sollten, sich wieder vorzustellen. In der That boten zwei Nachschübe in den Jahren 1882 und 83 genügend Gelegenheit, die Erkrankung zu studiren. Bei Beginn derselben entwickeln sich auf der Haut Erhabenheiten, die den Quaddeln der Urticaria ähnlich sind. Diese Erhabenheiten sind seicht, rosenfarbig, ohne Hof, manche mit einem kleinen centralen Punkt, der etwas mehr erhaben und von dunkler Farbe ist, so als wenn sich eine kleine Pustel bilden wollte. Die Quaddel bleibt durch lange Zeit unverändert, blasst dann langsam ab und es braucht mehrere Monate, ehe die Erhabenheit sich verliert und einer Depression Platz macht. Besondere Sensationen läugnet der Kranke, eben sowohl zur Zeit der Entwicklung als während des Verlaufes der Quaddeln. Ebenso konnte zu keiner Zeit eine Hyper- oder Anästhesie der Quaddeln entdeckt werden, nur fiel P. eine gewisse Trockenheit der Haut und das Fehlen der Haare an diesen Stellen auf. Während die ersten Eruptionen sich am Stamme entwickelten, trat im Mai 1882 eine Eruption auf den Oberschenkeln und October 1882 auf den Oberarmen auf und an den erstbefallenen Stellen entwickelten sich nur vereinzelte Quaddeln. Alle Eruptionen traten mit einer gewissen Symmetrie auf. Zwei Punkte hebt P. besonders hervor: 1. dass alle Recidiven sich im Frühjahr oder Herbst entwickelten und von leichten rheumatischen Schmerzen begleitet waren, sowie, dass der Kranke bereits vor 6 Jahren an Gelenksrheumatismus gelitten hatte. 2. Das Fehlen von Recidiven der Syphilis und das Nichtreagiren auf Jod und Quecksilber lassen die syphilitische Natur der Krankheit ausschliessen. Nachdem der Fall seinen Charakteren nach weder in das Bild der Urticaria simplex noch der Urticaria perstans

hineinpasst, da einmal das Jucken fehlt und dann die Quaddeln, selbst bei U. perstans, nur kurze Zeit bestehen, hier aber sehr lange andauern, sieht P. diese Erkrankung als einen Process sui generis an. Die mikroskopische Untersuchung frischer Quaddeln ergab, dass die Anschwellung bedingt ist durch ein Auseinandergedrängtsein und Aufquellen der Fasern der Haut selbst. Die Zwischenräume zwischen den auseinandergedrängten Fibrillen sind an gehärteten Präparaten theils leer, theils aber, besonders in der Nähe der Blutgefässe, der Haarbälge, der Talg- und Schweissdrüsen sind die Zwischenräume mit embryonalen Zellen ausgefüllt, während die Epidermis unverändert ist und nur vielleicht die Zellen derselben hier und da geschwellte Kerne darbieten. Die leeren Zwischenräume der Fibrillen sind nicht von Epithel ausgekleidet, daher einfach auseinandergedrängt (Oedem). Die Nerven sind unverändert, myelinhältig. Auf Präparaten des atrophischen Stadiums findet man auch wieder die Epidermis unverändert, dagegen das Bindegewebe des Hautgerüstes sehr dicht, wie comprimirt, die Talg- und Schweissdrüsen, Haarbälge sind untergegangen, die Infiltratzellen grösstentheils verschwunden, die Nerven, deren Darstellung sehr schwierig ist, unverändert. Der Process stellt sich also als chronische Hyperämie mit Oedem und Zellauswanderung dar, die allmählich in Sclerose des Gewebes übergeht. Veränderungen der Nerven sind weder anatomisch noch functionell nachzuweisen.

P. fasst daher den Process nicht als Trophoneurose auf, sondern bringt ihn mit dem Rheumatismus in Zusammenhang, indem er hypothetisch eine chemische Veränderung des Blutes für die Veränderungen verantwortlich macht. Finger.

Neuritische Dermatosen.

Dubler. Ueber Neuritis bei Herpes Zoster. (Virchow's Archiv Bd. 96, Heft 2, 1884.)

Dubler bezweifelt auf Grund zweier eigener Erfahrungen und kritischer Umschau über die bisherigen anatomischen Untersuchungen, ob die heute giltige Theorie von Bärensprung's das Wesen des Zoster richtig erkläre. B. liess den Zoster als Folge einer primären Erkrankung des trophischen Centrums einer Hautprovinz — als solche Centren gelten ihm die Spinalganglien resp. das Ganglion Gasseri — auftreten, nur für die selteneren Fälle des Zostereintritts nach Lä-

sionen peripherischer Nerven räumte er die Möglichkeit einer Erkrankung der trophischen Nerven in ihrem Verlauf als Krankheitsursache ein. — Nun sprechen die beiden eigenen Fälle Dubler's für die Theorie Friedreich's. Das Hautleiden beim Herpes Zoster sei eine vom Nerven auf die Haut fortgeleitete Entzündung. Im ersten Falle zeigte sich als Ursache des Zosters eine käsige Entzündung dreier Rippen, welche eine fortgeleitete Neuritis dreier dem Gebiete des Hautausschlages entsprechender Intercostalnerven zur Folge hatte. Die Neuritis war von der Ursprungsstelle, den käsigen Herden centralwärts und besonders nach der Peripherie hin weiter gewandert und hatte sich bis in die feinsten Haut- und Muskeläste ausgebreitet. Die hinteren Aeste, in deren Hautbezirk keine Eruption stattgefunden hatte, waren bis auf einen normal, und auch dieser zeigte nur sehr geringe Veränderungen, die sich nur im Hauptstämmchen unzweifelhaft nachweisen liessen. Sämmtliche zugehörige Ganglien waren gesund. In dem zweiten Falle scheinbar spontanen Zosters entsprach die Neuritis ebenfalls genau der Ausbreitung des Hautausschlages, erstreckte sich auch bis in die feinsten Haut- und Muskelästchen hinein. Entsprechend der Ausdehnung des Ausschlags bis zur hinteren Mittellinie war in diesem Falle auch der hintere Ast des einen Intercostalnerven bis in die feinsten Verästelungen hinein degenerirt. Während das Spinalganglion des einen erkrankten Nerven normal erschien, fanden sich an dem zweiten Entzündungserscheinungen vor; da diese sich nur um die durchtretenden entzündeten Nervenbündel der hinteren Wurzel fanden bei normaler Beschaffenheit der übrigen Partien des Ganglion, so liege es näher anzunehmen, dass diese partielle Erkrankung vom Nervenstamme her zugeleitet, als dass sie primär im Ganglion entstanden sei. Demgemäss finde sich in beiden Fällen gemeinsam eine ausgedehnte, bis in die feinsten Haut- und Muskelästchen nachgewiesene Neuritis; die Ausdehnung der Hautaffection genau entsprechend der Ausbreitung der Neuritis; in einem Falle die zugehörigen Spinalganglien gar nicht betheiligt, im anderen von zwei Ganglien nur eines, und auch dieses vielleicht nur secundär afficirt. Sonach bedürfen beide Fälle der Hypothese einer Trophoneurose nicht, sie erklären sich durch directe Fortleitung einer Neuritis auf die Haut. Dubler bestreitet keineswegs, dass der neuritische Process bisweilen zuerst an den Spinalganglien auftreten könne; nur hält er es für nothwendig, dass die Entzündung auch die Nerven

und dessen Hautäste ergreife. Von Wichtigkeit sei übrigens die in beiden Fällen nachgewiesene Betheiligung motorischer Nervenfasern. — Von den bisher bekannten 19 anatomischen Untersuchungen lassen 18 die Untersuchungen der peripherischen Nervenverästelungen vermissen; der Fall von Wyss, in dem eine bis in die Hautnervenzweige hinein sich erstreckende, nach der Peripherie hin abnehmende Neuritis gefunden wurde, ist in der Diagnose — ob nicht vielmehr Erysipelas als Zoster — dem Verfasser zweifelhaft. Drei eben beschriebene neue Fälle (H. Curschmann und C. Eisenlohr, Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 34, Heft 4) stimmen zu der Ansicht des Verfassers in Bezug auf Intactheit der Ganglien; einer auch in Bezug auf Erkrankung der Nervenendigungen. — Zur Aetiologie bemerkt D. schliesslich, dass in den meisten Fällen die Ursache des H. Zoster unbekannt sei, die Erkrankung scheinbar spontan; dass traumatische Entstehung (durch Stich, Stoss, Schuss, Compression) oft beobachtet sei; manchmal die fortgeleitete Form (Fortkriechen der Entzündung von benachbarten Knochen oder Weichtheilen auf die Nerven); ferner toxische Entstehung (nach Kohlenoxydgasvergiftung; angeblich auch nach übermässigem Arsenikgebrauch). Zweifelhaft sei noch die ebenfalls behauptete infectiös-miasmatische und die rheumatische Entstehung. Caspary.

Räuber. Ein Fall von periodisch wiederkehrender Haarveränderung bei einem Epileptiker. (Virchow's Archiv Bd. 97, Heft 1, 1884.)

Räuber beschreibt einen seltsamen Fall von anfallsweise auftretender plötzlicher Kräuselung bis Verfilzung, Farbenveränderung, Brüchig- und Spröderwerden des Haupthaares. Da der 24 Jahre alte Patient trotz neunjähriger Epilepsie mit postepileptischen Dämmerzuständen und Hallucinationen, schwerer Hysterie und geringer geistiger Entwicklung doch noch zu simuliren verstand, so ist R. in seiner Beobachtung desselben um so sorgsamer gewesen, um alle Täuschungen auszuschliessen. Nachdem Patient schon jahrelang in der Irrenanstalt gewesen war, wurde eines Abends eine Veränderung des Haupthaares bemerkt, die erst seit wenigen Stunden bestehen konnte und die am nächsten Morgen fast schon ihre volle Ausbildung erreichte. Das Haar des ganzen Kopfes, welches vorher glatt, glänzend und dunkelblond gewesen, war jetzt umgewandelt in

ein Krollhaar ohne Glanz, starr anzufühlen und in der Farbe fuchsig roth; die Veränderung war am meisten ausgesprochen in der vorderen Kopfhälfte, wo die Haare überhaupt länger waren. Hier fand sich eine so innige Verschlängelung und Verkräuselung, dass es nicht möglich war, mit den Fingern dieselbe zu lösen. In dem mittleren Theile der behaarten Stirnhaut bis auf die Höhe des Kopfes zeigten sich weisse punktförmige Knötchen, die mikroskopisch das Bild der Trichorrhexis nodosa, zweier in einander gesteckter Pinsel darboten. Zum Unterschiede von anderen Fällen fanden sich diese zersplitterten Stellen sehr zahlreich, oft sieben bis zehn an einem Haare, stets an dem peripherischen Theile, stets verhältnissmässig rein, weil bei ihrer schnellen Entwicklung noch keine Staubablagerungen stattgefunden hatten. Ausserdem fanden sich Längsspaltungen, wirkliche Knoten und nicht nur vereinzelte Abhebungen von Cuticulaplättchen, sondern auch von einzelnen Schaftfasern. Diesen Veränderungen waren Schmerzen in der Kopfhaut vorangegangen; sie wurden begleitet von steigender Schmerzhaftigkeit bei Berührung der Haare und der Kopfhaut, die ausser der gerötheten Stirnhaut normal, auch nicht anämisch (s. u.) erschien. Zugleich mit der Anomalie trat ein schwerer hysterischer Anfall auf, der mit seinen Folgezuständen schneller zurückging, als die Haarveränderung, die vier Tage lang ansteigend, zu ihrer Rückbildung — an den Trichorrhexisstellen scheint es zu Continuitätstrennungen gekommen zu sein — noch 19 Tage brauchte. — Ausser kleineren Anfällen traten nun noch zwei grosse (ohne Farbenveränderung der Haare) auf, bei denen wieder das Sensorium auf der Höhe der Erkrankung stark gestört und die von hysterischen Krampfanfällen begleitet waren. Bei dem letzten, grössten, der 12 Tage Ansteigen und 9 Tage des Abfalles zeigte, fand sich ausser bündelweisem Zusammenballen der längeren Haare des Vorderkopfes noch eine Affection der nicht beharrten Kopf- und Gesichtshaut und Haarausfall. Bald nach Eintritt des Anfalles zeigten sich in der Stirn-, Schläfen- und Wangenhaut geschwellte, geröthete, Serum secernirende, später mit Borken bedeckte Flecken, deren Centrum sehr blass, die Ränder roth bis rothbraun waren. Mit dem Zurückgehen der Haarveränderungen trat schnelles fleckweises Ausfallen der Haare ein, das nach wenigen Tagen zu völliger Kahlköpfigkeit führte. Die Hautaffection, die auch die Kopfhaut zeitweise ergriff, juckte bald; der Haarwuchs war nach einigen Monaten wieder so dicht, wie zuvor, nur

dass der früher glatte Kopf nun schöne Locken aufwies. — Die in grösster Auswahl vorhandenen hysterischen Erscheinungen an dem Kranken (Hyperästhesien, Anästhesien, Magen-, Respirations- und Blasenkrämpfe, Störungen der Circulation, der Se- und Excretion, Blutungen aus Ohr, Magen, Harnorganen) haben für den Verfasser als Fachmann nichts Ungewöhnliches. Aber die plötzlichen Haarveränderungen, die schnelle Aufrichtung, Kräuselung, Zusammenballung, Zersplitterung und dann völlige Restituirung erscheinen auch ihm sehr auffallend. Nach genauer Umsicht in der Literatur und mancherlei eigenen Untersuchungen und Experimenten glaubt er bei der Formveränderung an die Möglichkeit eines Krampfzustandes in den Muskeln der Kopfhaut denken zu sollen. Durch irgend einen Reiz trete eine Contraction der Arrectores pilorum ein, womit übereinstimme, dass jedesmal im Beginne des Anfalls sich die Haare erigirten und die Haut etwas runzlig erschien — mit Ausnahme der arrectoreslosen Augenbrauen- und Cilienhaare. Durch diese Contraction, der eine Anämie des Papillarkörpers und somit eine Hemmung des Säftezuflusses folge, wurde nun die Ernährung der Haare alterirt, so dass sich ein atrophischer Process an ihnen bemerkbar mache, zumal an den peripheren Theilen, daher hier sich die Scissura pilorum, die Trichorrhexis nodosa zeige. An den übrigen Theilen der Haare mache sich die Atrophirung geltend in der Trockenheit, der Sprödigkeit und dem geringeren Cohäsionsmodus, in dem Ausfallen nach dem dritten schwersten Anfall, in der — von dem Verfasser nachgewiesenen Atrophie der Wurzeln ausgefallener Haare. Nur spreche gegen die Contracturanämie die fehlende Blässe der Haut; gerade bei dem letzten Anfall erschien die Haut um so heisser und röther, je mehr sich das Haar veränderte. Caspary.

Dejérine. Ueber Veränderungen der Hautnerven bei Ataxie etc. (Arch. de phys. norm. et path. Serie XIII. Vol. II. p. 72. — Ctlbl. f. klin. Med. Nr. 19, 1884.)

D. hat zwei tabetische Frauen während des Lebens beobachtet, die beide sehr deutliche Sensibilitätsstörungen hatten. Die erste zeigte analgische und anästhetische Stellen über die Haut der Glieder und des Stammes zerstreut und Verlangsamung der sensiblen Leitung, die zweite ganz ähnliche Stellen fast von gleicher oder von gleicher Intensität, ebenfalls Leitungsverlangsamung, aber ausserdem blitzartige

Schmerzen. Die Nekropsien zeigten, dass Rückenmark und hintere Wurzeln nach Intensität und Extensität in beiden Fällen sehr verschieden stark ergriffen waren. Im ersten Falle waren die Burdach'schen und die Goll'schen Stränge in ihrer ganzen Länge in fibröses Gewebe verwandelt, von sclerosirten Gefässen durchzogen und nur hier und da eine intacte markhaltige Faser nachweisbar. Bei der zweiten Pat. aber fand sich nur der Beginn eines analogen Processes, die Läsion war viel weniger ausgedehnt, das Bindegewebe viel spärlicher und zahlreiche Nervenfasern waren noch erhalten. In beiden Fällen waren die Clarke'schen Säulen und die Hinterhörner normal. Die Degeneration der Wurzeln entsprach etwa derjenigen im Marke. Im ersten Falle war sie so hochgradig, dass man viele Präparate durchmustern konnte, ehe man einmal auf eine intacte Faser stiess, im zweiten waren viele normale Nerven erhalten. Die Differenz war so gross, dass man entschieden nach den Präparaten ein so analoges Verhalten der Sensibilität in beiden Fällen nicht hätte vermuthen können. Die gefundenen Veränderungen schienen demnach durchaus nicht ausreichend, um die Unterschiede im klinischen Verlauf zu erklären. Wohl aber werfe darauf ein Licht der Befund an den Hautnerven von Stellen, deren Sensibilität gestört erschien, von denen Verf. einige untersuchte. Man fand viele Scheiden ganz leer, in anderen die bekannten Produkte des Nervenzerfalls, in manchen auch normale Verhältnisse; ein Bild ganz ähnlich, wenn auch nicht so hochgradig, wie es die dem Nerven entsprechende hintere Wurzel auch zeigte. Der Nervenstamm war dicht unterhalb des Ganglions ganz normal, ebenso das Ganglion selbst. Degenerirt waren also nur die hinteren Wurzeln bis zum Ganglion und eine gewisse nicht näher zu bestimmende periphere Strecke des Nerven, namentlich die Zweige da wo sie eben in die Haut eintreten. (Es muss hier an die Angabe von Sigm. Mayer über die normale stufenweise Atrophie und Wiedererzeugung der peripheren Nervenfasern erinnert werden, welche die Resultate von D. unter anderem Lichte erscheinen lassen. A.)

Stauungs-Dermatosen.

Nicolich. Ueber die Sclerodermis der Erwachsenen. (Lo Sperimentale. T. LII. p. 363. 1883. — Centralbl. f. klin. Med. Nr. 31, 1884.)

Die nachfolgenden 2 Fälle von Sclerodermie bei Erwachsenen sind darum von Interesse, weil bei ihnen unseres Wissens zuerst die **Massage** in Anwendung gekommen ist:

1. Ein Mädchen von 26 Jahren wurde im Jahre 1876 von einem acuten Gelenkrheumatismus befallen, nach welchem in den Händen und im Unterkiefer Steifigkeit der Gelenke, Contractur der Finger, Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Sehnen zurückblieb, zugleich wurde die Haut der Palma manus rauh und schwielig — ein Zustand, der noch 1880 fortbestand. Die Haut des Gesichtes gespannt, ohne Fett, am Kinn und Hals rauh, kaum in Falten zu erheben. An den Armen, besonders am rechten, ist die Haut von dem Ende des oberen Drittels des Unterarms gespannt und vollkommen fest mit den darunter liegenden Theilen verwachsen, fühlt sich kalt und feucht an, wie bei einer Leiche, dunkel gefärbte einzelne lange Haare erheben sich auf der Dorsalseite. Die Fingerkuppen sind rothblau, die Hand in Krallenstellung, alle Finger mit Ausnahme des Daumens vollkommen unbeweglich in Contractur, die Beugesehnen stark hervorspringend; an den Fingern hat die Haut ein pergamentartiges Aussehen und es zeigen sich Narben von noch nicht ganz verheilten Geschwüren.

Geringe Verminderung der Tastempfindlichkeit im Gesicht und an den Händen, unregelmässige Herzaction, unreiner erster Ton an der Herzspitze, zweiter Pulmonalton verstärkt, Schmerzen; schwere Beweglichkeit der Hände und Finger.

Der Verf. versuchte die **Massage** einen Monat lang, anscheinend mit gutem Erfolge. Die Haut wurde wärmer, die Schmerzen verschwanden, die Beweglichkeit der Gelenke besserte sich erheblich, so dass die Kranke sich anzukleiden, zu nähen etc. vermochte. Aber diese Behandlung musste aufgegeben werden, weil starke nervöse Erregung, Schlaflosigkeit, fortwährendes Erbrechen sich einstellten.

2. Eine 47jährige ledige Schulvorsteherin bekam mit 21 Jahren angeblich nach einer heftigen Erkältung einen Schmerz in der linken Schläfen- und Ohrengegend, zuerst in kürzeren, dann längeren Intervallen, zugleich mit einer haselnussgrossen Geschwulst hinter dem linken Kieferwinkel, welche nach 2 Jahren sammt dem Schmerz verschwand. Allein nun entwickelte sich eine allmähliche, aber fortschreitende Veränderung der Gesichtshaut und 6 Jahre nach Beginn des Leidens traten Schmerzen in den Fingerspitzen, verminderte Beweglichkeit etc. auf. Im Verlauf von 3 Jahren kam es zu einer Contrac-

tur der Finger, erst des linken Mittelfingers, später der übrigen, die Haut der Finger färbte sich blauroth, die Fingerenden schwollen an, die Nägel bogen sich um, auch am Handgelenk verdickte sich die Haut. Später stellte sich auch an den Unterextremitäten, besonders den Fersen, Schmerzen ein, an der rechten Ferse entstand ein Geschwür, das erst nach 2 Monaten heilte, später eben so eins an der linken Ferse, das erst nach 7 Monaten heilte. Im Winter 1880 waren die Schmerzen in den Fingern und Armen so heftig, dass Pat. nicht schlafen konnte und erst mit der wärmeren Jahreszeit liessen sie nach.

Im October 1881 zeigte sich das Gesicht pergamentartig mit gespannter, glänzender, unfaltbarer Haut, mit zahlreichen, auf Druck verschwindenden röthlichen Flecken; der nach links und unten verzogene Mund wird von den fest angepressten Lippen nicht verschlossen, so dass die drei übrig gebliebenen unteren Schneidezähne hervorragen, der Unterkiefer ist nur schwer beweglich. Die gleichen Veränderungen der Haut bestehen auch am Halse und an den Händen, die völlig denen im vorigen Falle gleichen, nur fehlt hier jede Behaarung; an der rechten Seite ist das Handgelenk etwas beweglich und der linke Ringfinger ist gestreckt. Die Hautveränderungen sind am stärksten ausgesprochen an den Zeigefingern und den kleinen Fingern, deren Dorsalseiten auch mit kleinen Narben bedeckt sind, die Daumen beider Hände sind beweglich. Die Haut der Hände ist kalt und oft mit Schweiss bedeckt. Die Sensibilität sowie die übrigen Organe und Functionen sind normal, häufig, besonders des Morgens, Erbrechen.

Auch in diesem Falle wurde die Massage in allen Formen und mit gleich gutem Erfolg angewendet. In der kalten Jahreszeit wurden die Hände in einen Pelzmuff gesteckt, in dessen Innern sich eine Messingkugel mit warmem Wasser befand. Allein im Sommer 1882 bildeten sich Geschwüre an beiden kleinen Fingern und Daumen mit heftigen begleitenden Schmerzen, später auch am linken Zeigefinger und an der linken Ferse, die nur sehr langsam heilten und die Massage unterbrachen, welche erst September 1882 wieder aufgenommen werden konnte. Dieselbe wurde nun noch mehrere Monate fortgesetzt — nur März 1883 bildeten sich an den Fingern einige unbedeutende Geschwüre — und führte zu einer erheblichen Besserung.

Der Verf. hält die Sclerodermie für eine Entzündung (? A.) der

Haut und des subcutanen Bindegewebes auf tropho-neurotischer Grundlage, welche mit Hyperplasie beginne und in Atrophie der Hauttheile übergehe.

Senator. Ueber einen Fall von Sclerodermie und Sclerodactylie. (Berl. klin. Woch. Nr. 31, 1884.)

Senator stellte der Gesellschaft der Berliner Charité-Aerzte einen Fall der (von den Franzosen so benannten) Sclerodactylie, d. h. einer fast nur auf Hände und Finger beschränkten Sclerodermie vor. Die 25 Jahre alte, hereditär nicht belastete Dame hatte zuerst vor zehn Jahren anfallsweise Gefühle von Taubheit, Eingeschlafensein, Kribbeln in den Händen bekommen, welche dabei blau und kalt wurden, Federn und Aehnliches nicht halten konnten; gleiche Erscheinungen waren später auch an den Füssen eingetreten. Die Anfälle, die etwa eine halbe Stunde dauerten, waren zuerst im Winter aufgetreten und zeigten sich besonders bei kühlerer Temperatur der Umgebung in den Füssen auch nach längerem Sitzen. Nicht lange darnach fingen die Finger beider Hände an, sich einwärts zu krümmen und das Uebel schritt unter mancherlei chlorotischen und nervösen Beschwerden langsam bis zu dem jetzigen Grade fort. Beide Arme wurden adducirt und im Ellbogengelenk flectirt gehalten bei ziemlich erhaltener Beweglichkeit in den Schulter- und Ellbogengelenken. Die Hände, beide im Carpalgelenke in Pronations- und leichter Flexionsstellung fixirt, zeigten mit den Fingern eine Art Klauenstellung. Die Finger waren in den Metacarpal- und Phalangealgelenken ebenfalls fixirt, meistens so, dass die ersten Phalangen extendirt, die zweiten und dritten stark flectirt waren; an jeder Hand waren einige — nicht beiderseits dieselben — Phalangen subluxirt. Während nun die Oberextremitäten im Ganzen sehr atrophisch erschienen, beide Arme im Verhältniss zu dem sonstigen Wuchse auffallend schlank und dünn, fand sich — als besonders bemerkenswerth — an den Fingerknochen eine besondere Atrophie, so dass sie nicht nur verschmälert, sondern auch, und zumal in den Endphalangen, im Längsdurchmesser erheblich verkürzt waren; am meisten die Daumen. Diese Verkürzung war nicht etwa aus cariösen oder nekrotischen Processen der Knochen oder Abstossungen nach Ulcerationen hervorgegangen, sondern durch einfaches Zusammenschrumpfen in Folge von Atrophie. — Die Haut war an den Armen dunkler, als dem Teint im Allgemeinen entsprach, an

Unterarmen und Hand ganz bräunlich. An beiden Armen zahlreiche braune bis schwarze Hautflecke von Stecknadel- bis Erbsengrösse, über deren Alter Patientin nichts anzugeben wusste. An den Stellen der Subluxation und sonst gespannten Hautstellen (Olecranon) war die dunkle Farbe unterbrochen durch Gelblich-Weiss der verdünnten Haut; an solchen Stellen platzte diese öfter und wurde zum Sitz flacher, schwer heilender Ulcerationen. Ueberall von den Fingern hinauf bis zur Mitte der Unterarme war die Haut deutlich verdünnt, straff über den Knochen gespannt, stellenweise nicht verschieblich; die Nägel zeigten vielfache Längsfurchen und quere Einkerbungen. Die Haut an den genannten Stellen fühlte sich gewöhnlich kühl an und war nach Angabe der Kranken fast immer trocken; nach Einspritzungen von Pilocarpin, denen ziemlich reichliche Schweissabsonderung im Gesicht und oberen Theile des Rumpfes folgte, blieben die Extremitäten — obere wie untere — trocken. Der Panniculus adiposus schien an den in Rede stehenden Stellen ganz, die Musculatur stark geschwunden. — An den Füssen fanden sich ähnliche, aber weit weniger ausgesprochene Veränderungen; im Gesichte, an der vorderen Brustwand Andeutungen von Sclerodermie. Die Sensibilität durchweg gut erhalten, nur die faradocutane und faradomusculäre Empfindlichkeit vielleicht etwas herabgesetzt; andere Zeichen von Leiden des Nervensystems fehlten. — Verf. hat ähnliche Fälle von derart localisirter und beschränkter Sclerodermie nur in der französischen Literatur (Ball, Dufour, Hallopeau, Lépine — dazu einen Sectionsbefund — Ohier 2 Fälle, Arnozan) gefunden. Besonders bemerkenswerth erscheint ihm in seinem Falle ausser der schon hervorgehobenen Atrophie der Fingerknochen der Beginn des Leidens unter den Erscheinungen der localen Asphyxie, während für die Annahme einer Lymphstauung kein Anhaltspunkt vorgelegen habe. Caspary.

Fabre. Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten. (Gaz. méd. de Paris Nr. 48, 1883. — Ctlbl. f. kl. Med. Nr. 13, 1884.)

Bei einem sonst ganz gesunden 57jährigen Mädchen, das in einem Tabakgeschäft arbeitete, traten ohne nachweisbare Veranlassung an den Fingern, der Nase, den Ohrläppchen etc. dunkelblauroth gefärbte Stellen auf, die lebhaft schmerzten oder juckten; Pat. fieberte zeitweise, hatte einige Tage lang eine vergrösserte Milz und zucker-

haltigen Harn, aber alle diese Erscheinungen gingen (unter grösseren Dosen Chinin und localen aromatischen Waschungen) wieder zurück, die Haut wurde an den meisten afficirten Stellen wieder ganz normal. Der Gehalt des Blutes an rothen Blutkörperchen war bedeutend herabgesetzt. Einige Fingerspitzen, ein Ohrläppchen wurden gangränös und stiessen sich spontan ab, womit die Krankheit nach ca. 3 Monaten beendigt war und der Zuckergehalt des Urins verschwand.

Epidermidosen.

Haslund. Jodkalium in grossen Dosen gegen Psoriasis. (Hospitals-Tidende Nr. 8—10, 1884).

Die von Greve empfohlene Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen Jodkalium (d. Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. p. 554, 1882) hat Haslund in Kopenhagen in 10 Fällen von Psoriasis versucht. Sechs von diesen Fällen wurden vollständig geheilt, 1 Fall gebessert entlassen, während in 3 Fällen das Mittel ohne Wirkung blieb. Die Dauer der Behandlung war für die Geheilten von 36 bis 70 Tagen währendem eine deutliche Besserung für die meisten schon 4 bis 5 Wochen nach Anfang der Kur bemerkbar war. Die wirksame Dose war für die verschiedenen Individuen höchst variabel. So zeigte sich bei einem 21jährigen Manne eine Tagesdose von 10 Gramm schon wirksam, während bei einem anderen erwachsenen Manne die Tagesdose bis auf 35·00 Gramm erhöht werden musste, ehe die Wirkung eintrat. Was die Dosirung betrifft, ist übrigens Haslund sowohl schneller wie im Ganzen auch bedeutend höher gestiegen, als von Greve angegeben wurde. Als Regel hat Haslund bei Erwachsenen mit einer Lösung von 10 Gramm auf 200 Gramm angefangen, wovon ein Esslöffel voll viermal täglich genommen wurde, und gewöhnlich ist man dann jeden 2. oder 3. Tag noch mit zwei Löffeln gestiegen. Wenn der Pat. bis auf 10 Gramm täglich gekommen war, wurde wieder jeden 2. oder 3. Tag die Tagesdose um 2 oder 3 Gramm erhöht. In dieser Weise ist Verf. bei einem Pat. in 14 Tagen bis auf 20 Gramm und in einem Monate bis auf 40 Gramm in 24 Stunden gestiegen. Die höchste Tagesdose war 44 Gramm, welche jedoch etwas Uebelsein und Schwindel verursachte. Ein 9jähriger Knabe stieg in 2 Monaten bis auf 30 Gramm des Tages und hat im Ganzen in einem Zeitraume von ungefähr

2 Monaten 1064 Gramm Jodkalium genommen. Das Körpergewicht hatte dabei zugenommen. Ein 7jähriger Knabe stieg bis auf eine Tagesdose von 24 Gramm und nahm im Ganzen in 65 Tagen 930 Gramm Jodkalium. Wesentliche Uebelstände wurden bei diesen hohen Dosen in keiner Richtung gespürt und speciell wurde die Herzaction, wie man bei so grossen Dosen eines Kalisalzes vermuthen konnte, nicht schädlich beeinflusst. Die Pulsfrequenz war allerdings etwas erhöht, der Puls aber kräftig und regelmässig. Albuminurie kam nicht vor. Verf. glaubt sich berechtigt zu sagen, dass das Jodkalium, in der hier erwähnten Weise gegeben, in der Regel eine absolute Heilwirkung auf die einzelnen Psoriasisausbrüche ausübt, und dass man vor der Hand kaum ein anderes Mittel besitzt, womit in so kurzer Zeit die Psoriasis zum Schwinden gebracht werden kann. Bezüglich der Recidiven konnte selbstverständlich nach so kurzer Zeit noch nichts gesagt werden. Der Ref., der ebenfalls schon in vielen Fällen die Jodkalium-Behandlung bei Psoriasis versucht hat und noch nie ohne Resultat, erlaubt sich speciell diese Behandlung für die hochgradigen und inveterirten Fälle zu empfehlen, die ambulant behandelt werden müssen, und wo in Folge dessen die äusserliche Medication nicht mit gehörigem Effect angewendet werden kann. Es wäre jedoch in diesen Fällen kaum praktisch mit dem Jodkalium so lange fortzufahren, bis die Krankheit vollständig geschwunden ist, sondern nur, bis die Krankheit rückgängig und somit den äusserlichen Mitteln gegenüber weniger widerstandsfähig geworden. Eben in solchen Fällen und in dieser Weise verwerthet wird ohne Zweifel die Greve'sche Behandlung sich als eine sehr praktische bewähren. Boeck.

Besnier. Modification der Auspitz'schen Behandlung der Psoriasis. (The Brit. med. Journ. Nr. 1221, 1884. — Aerztl. Intelligbl. 27, 1884.)

Auspitz hat bekanntlich in letzterer Zeit statt Gelatine als Vehikel für Acidum chrysophanicum das Traumaticin (1 Theil gereinigte Guttapercha auf 10 Theile Chloroform) verwendet; die 10%ige Lösung reizt nicht, selbst wenn eine bedeutende Oberfläche damit bestrichen wurde. Besnier nun lässt nach Entfernung der Schuppen die Flecken mittelst eines gewöhnlichen Anstreicherpinsels mit einer 15%igen Mischung von Chrysophansäure und Chloroform je nach der Dicke der Infiltration mehr weniger lang und kräftig einreiben und

nach Verdunstung des Chloroforms mittelst breiten Pinsels eine dicke Schichte Traumaticin auftragen, welche über die Ränder der Infiltration hinausreichen soll. Der Erfolg soll ausgezeichnet sein. Auch bei behaarten Stellen verfuhr er so, doch passe diese Behandlung hauptsächlich für mässige Infiltrationen; sei der Fleck dick, zerrissen und stark abschuppend, dann ist der Erfolg weniger auffallend und verwendet er dann eine 10% ätherische Pyrogallussäurelösung, die ebenfalls sofort mit Traumaticin überzogen wird.

Köbner. Demonstration eines Falles von Lichen ruber planus der äusseren Haut und der Mundhöhlenschleimhaut. (Berl. klin. Woch. Nr. 33, 1884.)

Köbner beobachtete und demonstrirte in der Berliner medicinischen Gesellschaft bei einer alten, von Lichen ruber planus ergriffenen Frau folgende Affection der Mundhöhlenschleimhaut: An beiden Seiten der vorderen Hälfte des Zungenrückens viele mattweisse, unregelmässige, theils polygonale, theils zu ovalen oder rundlichen Figuren confluirte, meist atrophische Flecken. Nur an wenigen erkennt man noch kleinste, meistens zu mehreren, bezw. zu Halbkreisen zusammengerückte Knötchen. An der Schleimhaut der rechten Wange, sowie am Lippenroth der Unterlippe ähnliche weissliche, wie ein Strickwerk zusammenhängende Bildungen. Caspary.

Thin. Ueber Psilosis linguae. (Practitioner, 1884. — Monatsh. f. Derm. 8, 1884.)

Thin berichtet über eine in China häufig vorkommende, bei uns unbekannte Affection, welche dort unter dem Namen sprew bekannt ist. Die Krankheit ist charakteristisch durch schmerzlose, diarrhoische, strohgelbe Stuhlgänge, welche regelmässig jeden Morgen wiederkehren und früher oder später, obgleich der Rest des Tages normal verläuft, zu starker Schwächung führen. Wenn diese Morgendiarrhöe längere Zeit gedauert hat, stellen sich Schmerzen in verschiedenen Theilen des Intestinaltrakts ein und verschiedene dyspeptische Beschwerden. Schliesslich führt die Affection zu allgemeinem Marasmus. Dabei ist die Zunge stets im Ganzen oder stellenweise schmerzhaft und sehr empfindlich. Nach England zurückgekehrte Patienten zeigen bei nasskaltem Wetter Verschlimmerungen des Zungenübels. Bei einem Patienten recidivirte

mit dem Zungenschmerz auch die Intestinalreizung unter gleichzeitigem heftigem Hautjucken, gegen welches nur die Bettwärme half. Die befallenen Zungenpartien sehen röther, roh, glatt, hin und wieder wund, auch bläulichroth aus. Thin nennt den Befund: Psilosis linguae und dem entsprechend allgemeiner: Psilosis mucosae intestini. Eine strikt durchgeführte Milchkur gibt die besten Resultate; in einem Falle wurden in 24 Stunden 19—23 Gläser Milch getrunken, und noch nach der Heilung führte etwas Brod oder Fleisch Recidive herbei. Gegen die Intestinalbeschwerden zeigen sich kleine Dosen Rhabarber und Bittersalz mit etwas Chinin am heilsamsten. Local für die Zunge verwendet Thin Boraxlösung und Chromsäure in schwacher Lösung; Höllenstein ist so nutzlos wie Opiate und Adstringentien für den Darmkanal. Warmhalten des Körpers ist eine wichtige Bedingung der Heilung, welche in Thin's Fällen immer eintrat. Der Zustand der Zunge ist ein gutes Zeichen für das Allgemeinbefinden.

Blomberg. Ein Fall von Pemphigus neonatorum. (Tidsskrift for praktisk Medicin. Nr. 4, 1884.)

Bei einem 6 Tage alten, sehr kräftigen kleinen Mädchen entstanden um die Genitalien herum und an den angrenzenden Theilen der Oberschenkel zahlreiche zerstreut stehende, von hanfkorn- bis haselnussgrosse Blasen, die in den folgenden Tagen nach und nach über den ganzen Unterextremitäten zahlreich und dichtstehend, am Bauch und an der Brust mehr zerstreut, am Rücken und am Hals vereinzelt, im Gesichte, an den Armen und an der behaarten Kopfhaut wieder ziemlich zahlreich aufgetreten sind. Am rechten Fusse war die ganze Fusssohle mit den Zehen von einer einzigen grossen Bulle eingenommen, nach deren Berstung eine totale handschuhförmige Ablösung der Epidermis stattfand. Am linken Fusse fand sich an der Plantarseite der äussersten Phalanx der dritten Zehe eine erbsengrosse und um Arcus eine nussgrosse Blase vor. Die beiden Handflächen waren frei. Auch die Schleimhäute blieben intact. Die Blasen brachen sehr schnell hervor, erreichten sofort ihre definitive Grösse und waren von einem schwach rothen Hof umsäumt. Der Inhalt war gelblich, serös. Sie barsten nach 2 bis 3 Tagen und hinterliessen ein rothes nässendes Corium, das sich nur im Gesichte mit Krusten bedeckte. Die Excoriationen heilten sonst sehr schnell. — In den ersten Tagen der Krankheit schien das Kind etwas zu fiebern und

der Appetit war nicht so gut wie sonst. Die Ernährung des Kindes hat jedoch im Ganzen nicht gelitten.

Die drei Dienstmägde der Familie, die zum Theil das Kind pflegten, zum Theil die Leinwand desselben wuschen, bekamen vom 3. bis 6. Tage, nachdem die Krankheit sich beim Kinde gezeigt hatte, kleine, ganz klare, stark juckende Bläschen an den Fingern und zum Theil am Handrücken. Von den vier übrigen Kindern der Familie (von 2 bis 8 Jahre alt) bekam das jüngste zwei erbsengrosse Blasen am rechten Oberschenkel und eine bohnengrosse am rechten Arme und das nächstälteste eine erbsengrosse Blase an den Nates. Die Mutter bekam am 10. Krankheitstage des Kindes eine erbsengrosse Bulla mit seropurulentem Inhalt am Halse. An den beiden Mammae war nichts zu sehen.

B. machte mit dem Inhalt der Blasen des Kindes an seinem linken Arm zwei Inoculationen. Schon nach wenigen Stunden stellte sich unter Jucken etwas Röthe um die Inoculationsstellen ein und am folgenden Morgen waren zwei, etwas mehr wie linsengrosse Bläschen zu sehen, die Vaccinevesikeln sehr ähnlich waren, indem sie in der Mitte vertieft und mit einem rothen Hof versehen waren. Nach drei Tagen trockneten sie wieder ein, während die Umgebung sich noch etwas geröthet erhielt. Die Hebamme hatte acht Wochen früher einen ähnlichen Fäll in ihrer Praxis gehabt, und 14 Tage später, nachdem der hier referirte Fall vorgekommen war, bekam sie noch einen. In diesem sind jedoch die Personen der Umgebung, so viel bekannt, nicht angesteckt worden, eben so wenig wie die Hebamme selbst. Boeck.

Chorioblastosen.

Fabre. Ueber Mycosis fungoïdes, speciell über die Hautaffectionen bei der Lymphadenie. (Gaz. méd. de Paris Nr. 5—7, 1884. — Ctlbl. f. kl. Med. Nr. 24, 1884.)

Der Fall betraf einen 54jährigen Kohlenarbeiter. Ranvier, Gillot und Demange haben bekanntlich diese von Alibert ursprünglich als Mykosis fungoides (syph. und non syph., aber in keinem Falle parasitaria) präcisirte Erkrankung als Hautlocalisation der Lymphadénie bezeichnet.

Einer der bemerkenswerthesten Charaktere der Mycosis fongoïde

ist nun nach Vf. ihre lange Dauer. F. unterscheidet 4 Perioden, zunächst eine „congestive“, gekennzeichnet durch urticariaähnliche, häufig recidivirende Ausschläge, starke Transpiration, schlechten Schlaf, Dyspepsie. Dieses Stadium währte bei dem Pat. von F. 2 Jahre. Ihm folgt eine „Période lichénoide“, charakterisirt durch die Eruption eines ausgedehnten, excessiv juckenden Knötchenausschlages, ferner durch Schlaflosigkeit, Steigerung der Schweisssecretion und digestive Störungen. In der dritten „Période de transition“ handelt es sich um die Bildung umfänglicher, indurirter Plaques, in Gruppen angeordneter, nässender, eczematöser Eruptionen, endlich um die von Alibert unter diesem Namen beschriebene Krankheit, das Auftreten der bekannten pilz- oder tomatenähnlichen, gern ulcerirenden Excrescenzen an verschiedenen Körperstellen. Bei starker Vervielfältigung der Geschwülste zögern nicht Fieber, profuse Durchfälle im Verein mit der Steigerung der früheren Beschwerden das letzte, „cachectische“ Stadium herbeizuführen. Im Beginn dieser Periode soll nun der Kranke eine namhafte Vermehrung der weissen Blutkörperchen (1 : 125—150 roth) aufgewiesen haben; die Zahl der rothen betrug 3,400.000 pro Cmm.

Bestimmte ätiologische Momente liessen sich nicht eruiren.

Impfungen mit dem Saft der Geschwülste, dem Wundsecret ihrer Ulcerationen auf Kaninchen fielen negativ aus.

Etwa 10 Jahre nach Beginn seines Leidens ging der Kranke plötzlich, wahrscheinlich an einer foudroyanten (zweiten) cerebralen Apoplexie zu Grunde. Eine Section ist nicht vorgenommen worden.

Hochsinger.

Krause. Eine Frühform von Schleimhautlupus des Velum palatinum. (Berl. klin. Woch. Nr. 26, 1884.)

Krause stellte der Berliner medicinischen Gesellschaft ein 17-jähriges Mädchen vor, das ihm von Prof. Köbner, der dieselbe an Lupus der äusseren Nase und der Nasenschleimhaut behandelt hatte, zugeschickt war. Die Affection des Gaumensegels, die bis dahin keinerlei subjective Symptome verursacht hatte und der Patientin unbekannt geblieben war, stellte ein vorzügliches Paradigma einer Frühform von Schleimhautlupus dar. Mitten über der Uvula fand sich auf anämischer Schleimhaut, die keinerlei Infiltration zeigte, umgeben von einem ganz schmalen rothen Hofe, ein erbsengrosser Knoten, der offenbar durch Confluenz dreier hanfkorngrosser, gelber, papillärer Excrescenzen entstanden war, daneben auf dem rechten Arcus palato-

glossus ein isolirtes, ebenfalls hanfkorngrosses Knötchen. Bei der Rhinoscopia posterior fand sich der Nasenrachenraum frei von Lupusknötchen. Die Stimmbänder zeigten Röthung des Processus vocalis; Epiglottis und der übrige Larynxraum frei. — Angesichts der Auffassung des Lupus als localer Tuberculose hebt K. die Verschiedenheiten des klinischen Verlaufes beider Krankheiten (nach Chiari-Riehl, Haslund, eigenen Erfahrungen) hervor: der Kehlkopflupus befalle im Gegensatze zur Larynxtuberculose weitaus am häufigsten das ganz jugendliche Lebensalter. Während bei der Tuberculose in der Regel die inneren Organe zuerst erkrankten, zeige sich der Lupus mit sehr wenigen Ausnahmen zuerst an der Haut. Bei selbst weit vorgeschrittener Larynxtuberculose bleibe die Epiglottis sehr häufig intact; bei Kehlkopflupus sei sie nach der Statistik von Chiari und Riehl fast ausnahmslos und am heftigsten ergriffen. Endlich unterscheide die häufigere Tendenz zur Narbenbildung den Lupus von der Tuberculose.

In der sich an den Vortrag knüpfenden Discussion erklärte Köbner, er halte durch die Auffindung des Tuberkel-Bacillus im Lupusknoten und durch die geglückten experimentellen Uebertragungen von Cornil-Leloir und H. Martin (Erzeugung von Tuberculose durch Ueberimpfung vom Lupus aus) den Beweis für erbracht, der Lupus sei nur eine Form von localer Tuberculose. Die Verschiedenheit der klinischen Bilder illustrire nur die bekannte Thatsache, dass dieselbe Noxe zwei differente Krankheitsbilder bedingen könne, die von Anfang bis zu Ende different bleiben können, aber es nicht immer seien. Dazu stimme die Angabe Besnier's, dass er bei 8 von 38 Lupösen Tuberculosis pulmonum gefunden habe; wie die Beobachtung Aubert's, der bei zwei scarificirten Lupösen bald danach Tuberculose auftreten sah und als Autoinfection deutete. — Köbner räth dringend, bei allen Fällen von Nasenlupus mit dem Nasenspiegel, resp. bei künstlichem Lichte mit dem Reflector zu untersuchen, weil man so allein zur Perforation neigende Geschwüre sehen und behandeln könne. Zur Behandlung empfiehlt er besonders die von ihm angegebene combinirte Anwendung des Chlorzinkstiftes mit dem scharfen Löffel oder die Thermo- resp. Galvanokauterisation. Doch glaubt er im Gegensatze zu Besnier, der die letztere Methode bevorzugt, durch keines der bisherigen Verfahren Recediven sicher vorbeugen zu können.

Caspary.

Collier. Lupus vulgaris, seine Behandlung durch locale Anwendung von schwefliger Säure. (Med. Times April. 26, 1884.)

Collier empfiehlt gegen Lupus vulgaris die Aufpinselung von schwefliger Säure, in Glycerin oder Oel (event. Ricinusöl) gelöst. Von einer gesättigten Lösung der schwefligen Säure in Alkohol nimmt man 1 Theil auf 1—3 Theile Oel oder Glycerin. Verf. gibt auch eine Casuistik, freilich in nicht erschöpfender Weise.

Campana. Ein semiologisches Anzeichen des Auftretens von Lepra-Knoten. (Gazz. degli Osp. No. 20, 1883.)

Nach Campana tritt eine ausgesprochene Temperaturerhöhung im Bereich der erysipelartig erkrankten leprösen Hautbezirke ein. Mehrfache Messungen in verschiedenen Fällen ergaben eine durchschnittliche Differenz von 1,5° (0,3—2,4) gegenüber den gesunden Hautpartien. Vf. glaubt, dass dies als semiologisches Zeichen verwendbar sei.

Mykosen.

Bizzozero. Ueber die Mikrophyten der normalen menschlichen Haut. (Gaz. d. osp. Nr. 29, 1884. — Ctlbl. f. kl. Med. Nr. 27, 1884.)

Bizzozero hat ausser den bereits 1876 von Eberth allenhalben auf der Haut nachgewiesenen Mikrokokken und Bacterien noch neue Mikrophyten aufgefunden. Brachte er die vorher mit Aether entfetteten Hautschuppen, wie sie sich massenhaft an den stark behaarten Theilen (Kopf, Gesicht etc.) vorfinden, in concentrirte Essigsäure oder in 10°/₀ige Kalilauge, so fand er 1. rundliche Zellen von 2—3 Mm. Durchmesser, bestehend aus einer Membran und einem homogenen Inhalt, in Haufen angeordnet ohne Fäden aber mit kugligen Körperchen — Sporen – versehen. 2. Eben solche ovale und etwas kleinere Gebilde. Diese beiden Formen hält B. für Sprosspilze und nennt sie vorläufig Saccharomyces sphaericus und S. ovalis. 3. Bacterien und Mikrokokken — ausser den Eberth'schen auch 2—3mal grössere. Alle diese Formen waren in gleicher Weise bei normalem oder defectem Haarwuchs vorhanden und war im Barte häufiger der Saccharomyces sphaericus, auf dem Kopfe der S. ovalis nachzuweisen. Zuweilen liessen sich auch diese, also in keiner Weise pathologischen Pilze in den Talgdrüsen oder im Innern der Haare constatiren.

Sehr reich an Pilzen zeigten sich auch die Interdigitalräume der Zehen. In den Hautfetzen dieser Stellen liessen sich Bacillen mit sporenartigen Körnern von 2—4 Mm. Länge nachweisen, die häufig in langen, manchmal gebogenen Fäden — Leptothrixform — erscheinen. Zuweilen zeigen sich diese Fäden durch Querstriche unterbrochen, nie aber wurden wirkliche Verzweigungen beobachtet. Gewöhnlich sind die Fäden büschelförmig angeordnet. B. nennt diese Form vorläufig Leptothrix epidermidis. Sie findet sich auch oft in der Inguinalfalte oder in der Scroto-gluteal-Falte und zwar sowohl bei ganz gesunden, als auch bei Personen mit Intertrigo in den betreffenden Gegenden. Sie haben demnach keine pathologische Bedeutung.

C. Pellizzari. Die Mikrophyten der normalen menschlichen Oberhaut und jene bei Area Celsi. (Bollettino della Società tra i cultori delle Scienze mediche in Siena, anno II, 21 giugnio 1884.)

Die Anhänger der parasitären Natur der Area Celsi mussten den Vorwurf hören, dass der Pilz, dem sie das Zustandekommen der Area zuschrieben, in den einen Fällen mit dem Trichophyton tonsurans identisch, in anderen dagegen nicht genügend botanisch characterisirt sei. Besonders letzterer Vorwurf schien P. lange beweisend, da es ihm oft nicht gelang, bei Area Celsi Formen nachzuweisen, welche von denen, die man bei idiopathischer Abschuppung oder bei den hyperämischen und Exsudativprocessen der Kopfhaut findet, verschieden wären. Mehr bestechend erscheinen dem gegenüber Präparate der Kopfhaut von Area Celsi, wo auf Schnitten das vermeintliche Mikrosporon in der Tiefe des Haarbalges gefunden wird, welcher Befund alle Verhältnisse der Erkrankung, insbesondere das getrennte Ausfallen der Haare, die Hartnäckigkeit des Leidens erklären würde. Wenn man aber diese Präparate als beweisend annahm, so blieb doch unerklärt, warum man nie grössere Mengen des Parasiten auf der Oberfläche der erkrankten Partie und in der Umgebung derselben findet, nachdem ja doch dieser von der Fläche aus erst in die Tiefe wachsen musste. P. beschloss daher Untersuchungen an den ganz frisch entstandenen Plaques zu machen, da die Beobachtung, dass frische Plaques auf locale Application von Carbolsäure rasch heilen, alte dieser Behandlung widerstehen, für die Oberflächlichkeit der Erkrankung in den ersten Fällen zu sprechen schien. In der That ergab auch die Untersuchung

zweier ganz recenter Fälle das reichliche Vorhandensein von Sporen in so grosser Zahl, dass sie die Annahme eines causalen Zusammenhanges mit der Erkrankung gestatteten, woraus P. den Schluss ziehen zu dürfen glaubte, dass der Parasit nur kurze Zeit auf der Oberfläche der Haut bleibe und nur innerhalb dieser eine Abortivbehandlung der Krankheit möglich ist. Sehr betroffen war Pellizzari daher, als er die Behauptung Bizzozero's (siehe oben) las, der vermeintliche Mikroorganismus der Area Celsi sei nichts, als ein Parasit der normalen Haut, der dem Saccharomyces sphaericus und ovalis nahe verwandt sei. In der That haben Untersuchungen, die er an sich selbst und mehreren Dienern des Institutes, deren keiner eine Area Celsi hatte, anstellte, das Vorhandensein desselben Pilzes in grösserer und kleinerer Zahl nachgewiesen. Es ist mit diesem Nachweis die parasitäre Natur der Area allerdings noch nicht widerlegt und wenn, so meint P., auch viele Fälle wirklich trophoneurotischer Natur zu sein scheinen, so kommen doch Fälle vor, in denen das Coincidiren der Erkrankung in derselben Familie, derselben Schule, demselben Local und unter sonst ähnlichen Verhältnissen eine andere Deutung als die von der parasitären Natur der Erkrankung nicht zulässt. Zum sicheren Nachweis genüge allerdings der Befund des Pilzes nicht; es sei auch dessen Cultur und Impfung nothwendig. Finger.

C. Pellizzari. Ueber einige Eruptionsformen bedingt durch Trichophyton tonsurans. (Bollettino della Società tra i cultori delle Scienze mediche in Siena. II. 1884.)

E. R., 35 Jahre alt, gesund und kräftig, hat nie an Hautkrankheiten gelitten, Anfang November 1883 entwickelten sich bei ihm am linken Vorderarme gleichzeitig an zwei Stellen rundliche, leicht erhabene Flecke, die anfangs mit weisslichen Schüppchen bedeckt waren. Später sprangen in der Umgebung kleinste Bläschen auf, welche klares Serum enthielten. Diese Flecke waren von leichten Borken und Jucken begleitet, das besonders gegen Abend zunahm. Behandlung mit Schwefelsalben verschlechterten den Zustand. Beide Flecke vergrösserten sich, erhoben sich mehr, es kam zur Vereiterung mit ausstrahlenden Schmerzen. Bald sprangen in der Nähe dieser beiden Flecke zwei Knoten auf, die Furunkeln ähnlich waren. Bei der Untersuchung, die am 11. December vorgenommen wurde, fand man an der Aussenseite des linken Vorderarmes, gegen dessen oberes Dritttheil eine rundliche,

von dunkelrothen, fungösen Erhabenheiten, die an der Spitze Eiter entleerten, bedeckte Stelle. Etwas tiefer eine dieser ähnliche kleinere Stelle. Zwischen beiden Flecken mehrere furunkelähnliche Knoten, die an der Spitze offen, colloide Massen entleeren. Am übrigen Körper keine Veränderung. Die Untersuchung von Haaren aus der Umgebung, die zwar nicht zerklüftet sind, sowie die Untersuchung von dem Rande entnommener Hautstückchen ergibt die Gegenwart von Trichophyton tonsurans im Haarbalg, dessen Scheiden und den fungösen Massen. Der Parasit hatte auf dem reich behaarten Arme des Patienten sich in viele Follikel eingedrängt, in ihnen Entzündung angeregt und so eine Erkrankung erzeugt, die klinisch dem Kerion verwandt ist. Kalte Umschläge und 1% Carbolwasser bringt rasch Heilung. Erkundigungen im Hause des Pat. ergaben, dass er ein an Herpes tonsurans erkranktes Schaf gepflegt hatte. Versuche, die P. an vier Kindern machte, indem er Scheiben von frischem Herpes tonsurans mit Irritantien als 1%. Sublimatlösung, Leberthran, Theersalben, concentrirten Carbollösungen behandelte, führen ihn zum Schlusse, dass das primäre Eindringen von Pilzen in die Tiefe zum Zustandekommen dieser Erkrankungsform nicht nothwendig ist, sondern von aussen kommende Reize zunächst Folliculitis und Perifolliculitis erzeugen, welche dann unter Einwirkung des Pilzes diese Form annehme. Finger.

Syphilis.

Gonorrhoische Processe.

Bumm. Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhöe der weibl. Genitalien. (Arch. f. Gynäkol. 23. Bd. 3. Heft, 1884).

Bei der grossen Anzahl von Genitalkatarrhen des weiblichen Geschlechtes und dem bedeutenden Contingente, welches erwiesenermassen die Tripperansteckung dazu liefert, fehlt doch bis jetzt in Folge Unterlassung von Untersuchung der Genitalsecrete auf das Vorhandensein der Neisser'schen pathogenen Coccen jeder Anhaltspunkt zur wissenschaftlichen Sonderung der infectiösen Tripperblennorrhöe von dem gewöhnlichen Scheiden- und Cervicalkatarrhe des Weibes. Alle bisher für die Trippernatur der Erkrankung als charakteristisch angeführten Merkmale, wie das Auftreten spitzer Condylome, die Complication mit Bartholin'schen Drüsenabscessen etc. etc. sind hinfällig, so lange nicht der Nachweis des specifischen Mikroorganismus im betreffenden Secrete geliefert und positive Impfresultate mit Reinculturen desselben vorgenommen werden. Die Schwierigkeit dieser Untersuchungen liegt nach B. nun hauptsächlich darin, dass in den weiblichen Genitalsecreten mehrere Species von Semmelcoccen sich vorfinden, welche von dem Neisser'schen Gonococcus sich in Form, Gestalt und Grösse nur wenig unterscheiden, die aber, wie des Verfassers Züchtungsversuche und Impfungen gelehrt haben, auf gesunde Genitalschleimhäute gebracht, keine Tripper-Erkrankung derselben zu erzeugen im Stande sind. Verf. hat drei verschiedene Arten solcher Diplococcen von charakteristischer Semmelform gefunden, von denen die erstere — etwas kleiner als der Neisser'sche Gonococcus — im Cervix- und Scheidensecrete, besonders bei Wöchnerinnen, einmal auch im Secrete eines diphtheritischen Puerperalgeschwüres gesehen wurde,

während die zweite Art — grösser als die Trippercoccen — im gewöhnlichen Vaginalschleim, die dritte Sorte endlich, von fast gleicher Grösse und Form wie die Neisser'sche Pilzspecies, besonders im Eiter puerperal erkrankter Harnblasenschleimhaut sich aufhält. Diesen gegenüber kommt dem eigentlichen specifischen Gonococcus die Eigenschaft zu, in das betreffende Schleimhautgewebe selbst einzudringen, zunächst sich in der obersten Epithelschichte anzusiedeln, von hier aus in den subepithelialen Gewebslagen sich weiter zu verbreiten und in die Eiter- und Exsudatzellen massenhaft einzudringen, wie man das besonders deutlich an Schnitten durch die tripperkranke Conjunctivalschleimhaut Neugeborner studiren kann.

Was die Localität der gonorrhoischen Affectionen des weiblichen Sexualtractes anbelangt, betont der Verfasser, dass die von den meisten Autoren bisher als die häufigste Tripperekrankung des Weibes angesehene Vaginalblennorrhöe keine Berechtigung als selbstständige Erkrankungsform besitzt, dass vielmehr als der häufigste und Hauptsitz der Affection die Cervicalschleimhaut anzusehen ist, der Vaginalschlauch hingegen nur als Receptaculum und günstiger Nährboden für die im gonorrhoischen Cervicalsecrete sich aufhaltenden Trippercoccen anzusehen ist, zumal ja der Vagina kein Schleimhautüberzug sondern vielmehr eine cutisähnliche Auskleidung ihrer Wände zukommt (Fritsch), in welche ein Eindringen der Gonococcen nicht erfolgt. Die Entzündungserscheinungen an den Vaginal- und Vestibulargebilden sind lediglich mechanischer Natur und auf Kosten der reizenden und macerirenden Eigenschaften des gonorrhoischen Eiters zu setzen.

Hierauf folgt die Mittheilung mehrerer Beobachtungen von Urethral-, Cervical- und Mastdarmtrippern bei Frauen, wobei der Nachweis des specifischen Mikroorganismus stets gelang und die Bemerkung, dass etwa vorhandene Gonorrhöen unter dem Einflusse der Gravidität besonders exacerbiren und dann eine colossale Wucherung und Vermehrung der Gonococcen in dem betreffenden Secrete erkennen lassen.

Bezüglich der Heilungsdauer der Blennorrhöe (respective der Zeit der Elimation der pathogenen Pilzwucherung) hebt B. hervor, dass dieselbe um so kürzer sei, je kleiner der befallene Schleimhauttractus, je weniger complicirt sein Bau und je freier die Oberfläche desselben ist, daher die so vielfach verzweigte Schleimhautfläche des

Uterus und Cervix die ungünstigsten Chancen für die baldige Heilung vorhandener Blennorrhöe besitzen, während die Conjunctiva und die weibliche Urethralschleimhaut sich relativ rasch der Tripperaffection entledigen können. Hochsinger.

O. Rosenthal. Ueber einen Fall von zahlreichen Polypen der Harnröhre. (Berl. klin. Woch. Nr. 23, 1884.)

O. Rosenthal berichtete in der Berliner medicinischen Gesellschaft über einen interessanten Fall von zahlreichen Polypen der Harnröhre, der endoskopisch diagnosticirt und erfolgreich behandelt war. Bei einem Patienten, der ein Jahr lang vergeblich wegen chronischen Trippers von anderen Aerzten behandelt worden war, und bei dem die Untersuchung mit Bougies nichts Auffälliges ergab, zeigte das Endoskop folgende hochgradige Veränderungen: Die ganze Harnröhre von der Pars prostatica bis zur Fossa navicularis war mit sehr zahlreichen, zum Theil weit über das Niveau der Schleimhaut hervorragenden Excrescenzen bedeckt, die am dichtesten in den hinteren Theilen der Harnröhre sassen, während — entgegen sonstigen Befunden — in der Fossa navicularis sich nur wenige Polypen vorfanden. Besonders gehäuft erschienen sie in der Pars membranacea, in der Pars bulbosa und in der Mitte der Pars cavernosa. Die Oberfläche zum Theil glatt, zum Theil fein granulirt; die Farbe im Allgemeinen blasser als die der umgebenden Schleimhaut: andere hell- bis dunkelroth, auf einzelnen zierliche Gefässschlingen. Die Grösse stecknadelkopf- bis linsengross oder erheblich grösser. Der Stiel glatt und breit oder fadenförmig dünn; die Consistenz, wie später die Exstirpation erwies, bei den blasseren mehr fibröser Art, bei den anderen sammtartig weich. Zur Operation benutzte R. einen am langen Stiele befindlichen scharfen Löffel nach Art der zur Auslöffelung der Cataract gebräuchlichen. Nachdem die einzelnen kleinen Polypen mit dem Stewen'schen Endoskop (Charr. Nr. 22) aufgesucht waren, wurde der scharfe Löffel unter Controlle hineingeleitet und mit demselben schabende Züge von hinten nach vorne ausgeführt; eventuell, wenn die Infectionsstellen genau fixirbar waren, durch Drehungen des Löffels exstirpirt. Die hiernach entstandene Blutung wurde mittels eines am Tamponträger befindlichen Wattetampons gestillt und darauf eine Aetzung mit 10 Percent Arg. nitric.-Lösung vorgenommen. — Nachdem in zahlreichen, mitunter bis zu einer halben Stunde ausge-

dehnten Sitzungen die Polypen entfernt, ferner eine dann sichtbare körnige Schwellung (Auspitz) in der P. membranacea durch mehrfache Touchirungen mit Höllensteinlösungen beseitigt worden, war Patient geheilt; keine Strictur vorhanden, die Harnröhre wie vor der Kur für Endoskop Charr. 22 leicht passirbar. An den Stellen, wo mehrfache Polypen sassen, machten weisslich gefärbte Stellen den Eindruck umgrenzter oberflächlicher Narben. — Mit Recht betont R., dass in diesem Falle nur das Endoskop zu der richtigen Diagnose und Therapie führen konnte. Caspary.

Hirschberg. Ueber gonorrhoische Bindehautentzündung bei Kindern. (Berl. klin. Woch. Nr. 33, 1884.)

Hirschberg berichtet über sechs Fälle von Blennorrhoea Conj. an Kindern von 2—8 Jahren, in denen allen Infection von eitrigem Vaginalkatarrh aus erfolgt war, wie denn überhaupt jede acute Blennorrhoea Conj. durch Uebertragung von Secret eines ähnlich erkrankten Auges oder des Genitaltractus entstehe, nie durch Ausartung eines Bindehautkatarrhs. Auf Gonokokken wurde einmal — mit positivem Resultate — untersucht. — Verf. lässt es unentschieden, inwieweit eine durch Skrofeln begünstigte oder durch Würmer bedingte Vaginitis kleiner Mädchen durch Uebertragung des Secrets bösartige Blennorrhöen am Auge produciren könne. Nach seinen Erfahrungen ist die gonorrhoische Blennorhöe allemal eine äusserst schwere Erkrankung, aber keineswegs hoffnungslos bei rechtzeitiger Behandlung. Auch bei Erwachsenen ist ihm seines Wissens in eigener Praxis kein Fall von Erblindung vorgekommen, wenngleich Perforation der Hornhaut nicht immer vermieden werden konnte. Bei der kindlichen Form gelte es 1. das zweite Auge, wenn es frei geblieben, zu schützen; 2. bei reichlicher Eiterung Tag und Nacht Eisumschläge zu appliciren, unter sorgsamer, schonendster Reinigung; wenn Eis nicht vertragen werde, oder bei diphteritischem Habitus von vorne herein, lauwarme verdünnte Chlorumschläge zu substituiren; 3. sowie die pralle Spannung der Schleimhaut gewichen, adstringirende Lösungen (Blei 2 Percent, Arg. nitric. 1 Percent probatorisch, 2 bis $2^1/_2$ Percent curativ) sorgfältig einzupinseln. Caspary.

Zur Symptomatik der Syphilis.

Le Gendre. Beitrag zur Diagnose des syphilit. Schankers der Mandel. (Arch. gén. de méd. 1884. Januar u. März. — Ctlbl. f. klin. Med. Nr. 29, 1884.)

Der Vf. erörtert zunächst die schwierige Diagnose der Tonsillarschanker, insonderheit die Vortäuschung von Rachendiphtherie, gangränöser Angina, ulcerösem Epitheliom und Gumma der Tonsille.

Die Affection tritt unter den verschiedenartigsten Formen auf: als einfache Erosion, als richtige Ulceration, diphtherieähnlich, gangränescirend. Von Wichtigkeit ist die (indess bisweilen fehlende) mit dem Finger zu constatirende Induration und die Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Jugend, geringe Schmerzhaftigkeit, sehr voluminöse, harte, indolente Bubonen, namentlich in der bekannten Plejadenform, sprechen gegen ulcerirenden Mandelkrebs; Einseitigkeit der Affection, längere Dauer, allmähliches Auftreten der localen Beschwerden, leichtes Reinigen des Geschwürs gegen Diphtherie. Sehr schwierig kann Mangels bestimmter Anamnese und Begleiterscheinungen die Unterscheidung von ulcerirendem Gumma werden, da auch der primäre Schanker tiefe Defecte, steile Geschwürsränder darbieten kann. Von Werth ist hier der Nachweis eines peripheren, weit ausgedehnten, entzündlichen Erythems, welches dem fast immer beschwerdelos verlaufenden Syphilom nicht eigen ist. Auch tuberculöse Ulcerationen und der weiche Schanker müssen mit in den Bereich der Diagnose gezogen werden. Der Werth gleichzeitiger secundärer Symptome liegt auf der Hand.

Von Belang ist die „posthume" Diagnose der Affection bei solchen Secundärsyphilitischen, welche nirgend an der Oberfläche ihres Körpers Spuren eines Schankers zeigen.

Den Mechanismus der Infection anlangend ist sicher Diday's Voraussetzung von widernatürlicher Unzucht (Coitus ab ore) keine nothwendige: In 13 Fällen, die das Material des Vf. bildeten, handelte es sich um 7 Männer und 3 Greisinnen. Die häufigste Art und Weise der Uebertragung ist durch das namentlich oft wiederholte Küssen mit Mundpapeln behafteter Individuen gegeben; es wird hiedurch der mit dem syphilitischen Virus beladene Speichel gegen den Isthmus geschleudert und kann in den Krypten der Mandeln haften bleiben. In einem Falle hatte sich eine Frau durch Saugen an der Trinkflasche eines syphilitischen Säuglings inficirt.

Cader. Ein Fall von Larynx-Syphilis. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx, März 1884.

C. schildert ausführlich die Krankengeschichte eines 28jährigen, mit 19 Jahren syphilitisch inficirten Mannes, bei dem sich nach unter dem Einfluss der Lues bewirkter Destruction des grössten Theiles der wahren Stimmbänder eine in transversaler Richtung verlaufende neue Glottis gebildet hatte, womit Hand in Hand eine verhältnissmässig gute Wiederherstellung des vorher stark beeinträchtigten Phonations- und Respirationsvermögens ging. Verf. hat noch 6 ähnliche Fälle gesehen.

Pinner. Ueber Epididymitis syphilitica. (Berl. klin. Wochensch. Nr. 41, 1884.)

Pinner opponirt gegen die fast allgemein anerkannte Lehre, dass die Syphilis den Nebenhoden nur secundär nach vorheriger Affection des Hodens ergreife. Gestützt auf Beobachtungen der Franzosen Dron, Fournier, Balme, Tédenat, Gosselin und Waltner, Réclus, Pascalis; auf zwei nicht veröffentlichte Fälle von Maas und einen Fall eigener Beobachtung schildert er den doppelten Verlauf der Epididymitis syphilitica in folgender Weise: die gewöhnliche Entwicklung ist eine allmähliche, fast absolut schmerzlose, die von den Patienten häufig gar nicht bemerkt wird. In einer geringen Zahl von Fällen machen sich in der Tiefe des Scrotum dumpfe Schmerzen bemerkbar, die sich bis in die Leiste erstrecken können. Die erkrankte Epididymis, welche in ihrem Umfange und in ihrer Grösse verschiedene Abstufungen aufweist, zeigt eine ungleiche, höckerige Oberfläche. Die einzelnen Körnchen, deren Grösse zwischen der einer Bohne bis zu der einer Nuss schwanken kann, nehmen vorwiegend den Kopf, seltener den Schwanz und den Körper des Nebenhodens ein. Die Consistenz ist fest, hart, bei längerem Bestehen knorpelhart. Druck auf die afficirten Theile ist schmerzlos oder nur ein geringes Schmerzgefühl hervorrufend. Der Hoden lässt sich vom vergrösserten Nebenhoden immer genau abgrenzen; eine Verschmelzung des letzteren mit dem ersteren, der normal gestaltet ist, tritt nie ein. Das Vas deferens lässt sich isoliren, und Erguss in die tunica vaginalis propria findet sich bisweilen vor. Die Haut des Scrotum, Prostata, Samenbläschen zeigen keine Veränderungen. Entweder ist nur ein Nebenhode wie in der Mehrzahl der Fälle, oder es sind beide erkrankt. Es bestehen gleichzeitig noch andere Erscheinungen der

Lues, oder die Epididymitis ist allein der Ausdruck der constitutionellen Erkrankung. In einer anderen Reihe von Fällen geht der Process in acuter Weise vor sich: die Kranken klagen über heftige spontane Schmerzen, die bis in die Lendengegend ausstrahlen können und die durch Berührung, durch die geringste Bewegung noch verstärkt werden. Druck auf den Hoden bewirkt die normalen Sensationen. Die Epididymis ist in ihrer ganzen Ausdehnung, vornehmlich jedoch am Kopfe geschwollen. Die Unterfläche ist glatt oder mehr weniger höckerig, fest anzufühlen. Nach einigen Tagen lassen die entzündlichen Erscheinungen nach und es schliesst sich das subacute oder chronische Stadium an.

Unter die Ausgänge der sich selbst überlassenen Epididym. syph. wie über die anatomischen Veränderungen ist bisher nichts bekannt. Bei specifischer Therapie ist völlige Resolution die Regel, meist schon nach Jodkali, manchmal erst nach Mercurialkuren. Die Häufigkeit ist unbekannt; Balme hat unter 2300 Luetikern 13mal, Dron unter 200 L. 14mal Epididymitis gesehen. Dieselbe wurde schon nach Monaten, aber auch Jahre lang nach der Infection gesehen. Bei der Differential-Diagnose zumal mit gonorrhoischer und tuberculöser Nebenhodenentzündung wird oft der Erfolg der specifischen Therapie entscheiden müssen. Caspary.

Finger. Zur Kenntniss der syphilitischen Gelenks-Sehnen- und Sehnenscheiden und Schleimbeutel-Erkrankungen. (Wien. med. Wochenschr. 28 ff. 1884.)

Nachdem F. die einschlägige Literatur und Casuistik angeführt, die pathologische Anatomie, soweit dieselbe bisher bekannt, besprochen und eine Reihe eigener Beobachtungen mitgetheilt hat, kommt er zur Besprechung der Krankheitsbilder. Er wirft zunächst die Frage auf, ob wir die Berechtigung haben, syphilitische Gelenksentzündungen anzunehmen und widerlegt die gegentheilige Meinung dadurch, dass er anführt, es gebe wirklich Formen von Gelenksentzündungen, die an Syphilitischen vorkommen und sich durch Auftreten und Verlauf, sowie durch die ausschliessliche Reaction auf antisyphilitische Therapie als wirklich durch Syphilis bedingt, demonstriren. Ebenso würden ja auch Gummata im Gelenk gefunden, womit die Möglichkeit der Localisation der Syphilis im Gelenk erwiesen sei. Die Formen betreffend unterscheidet F. zunächst die rein functionellen von den nutritiven Störungen. Erstere, die Arthralgien, sowie häufige Begleiterscheinungen

des Syphilisprocesses, begleiten die Eruption oder Recidiven des Exanthems, treten oft aber auch isolirt auf, charakterisiren sich bald als rheumatische und dann gegen Abend exacerbirende Schmerzen, bald als eine eigenthümliche schmerzhafte Steifigkeit des Gelenks, die insbesondere nach längerer Ruhe, also vor Allem des Morgens fühlbar ist. Die nutritiven Störungen zerfallen in irritative und gummöse Formen, deren erstere wieder bald protopathisch sind, im Gelenke primär entstehen, bald von der Nachbarschaft fortgeleitet, also secundär, deuteropathisch auftreten.

Zu den protopathischen Synovitiden gehören 3 Formen: 1. Die polyarticuläre acute Synovitis. Diese Form ist dem polyarticulären acuten Gelenksrheumatismus sehr im Auftreten und Verlaufe ähnlich, unterscheidet sich von ihm durch die auffallend remittirende Fiebercurve, sowie dadurch, dass sie auf salicylsaures Natron und Chinin nicht, dagegen sehr prompt auf Jodkali reagirt. Bei Ausbleiben antisyphilitischer Therapie kommt es zu keiner Spontanheilung, sondern zu Uebergang in die chronische Form. Die anatomischen Veränderungen sind Röthung und Schwellung, Auflockerung und sammtartige Körnung der Synovialis, die mit fibrinös-eitrigen Membranen bedeckt ist, während die Synovia vermehrt und getrübt ist, Epithel- und Eiter-Flocken suspendirt hat. 2. Die monoarticuläre, acute Synovitis, von mässigem Fieber begleitete Schwellung eines der grossen Gelenke, die auch nur auf antisyphilitische Therapie zurückgeht, ohne diese in die chronische Form sich verwandelt. Die anatomischen Veränderungen sind denen der ersteren Form analog, nur weisen die grössere Hartnäckigkeit derselben, sowie das Vorhandensein von Crepitation darauf hin, dass es zu tieferen Veränderungen des Knorpels, Usur und Ulceration kommt. 3. Die chronische, hypertrophische Synovitis entsteht theils primär, theils als Ausgang der ersten beiden Formen und charakterisirt sich als fieber- und schmerzlose langsam zunehmende Schwellung, Fluctuation und Crepitation im Gelenk, die auf antisyphilitische Behandlung doch oft nicht vollkommen schwindet, ohne diese in Deformirung der Gelenkenden und Anchylose übergeht und anatomisch als hyperplastische Entzündung, Verdickung und Zottenbildung der Kapsel, Trübung und Arrosion des Knorpels gekennzeichnet ist. Dieselben Formen entstehen auch deuteropathisch, durch Fortleitung von Erkrankungen der Nachbargebilde, meist der Knochen. So hat eine Periostitis der Gelenkenden acute, Gummabildung an demselben eine chronische Gelenksentzündung

im Gefolge. Vf. wendet sich hier gegen den, besonders von Zeissl ausgesprochenen Satz, dass nur die hereditäre Syphilis die Epiphysen, nur die acquirirte die Diaphysen betreffe. Die gummösen Arthritiden sind eine Combination von Gummabildung in einem oder dem anderen Gelenksbestandtheile, meist in und um die Bänder, mit chronischer Synovitis des übrigen Gelenkes. Als Endausgang sowohl der chronischen hyperplastischen, als der gummösen Arthritis kann sich Anchylose entwickeln. Nach demselben Princip unterscheidet Verf. von den Erkrankungen der Sehnen und Sehnenscheiden eine einfach entzündliche Form, die acut oder chronisch sein kann und eine gummöse Tendinitis, während die Erkrankungen des Schleimbeutels in eine irritative und gummöse Bursitis zerfallen. Die Symptome und der Verlauf dieser Formen im Allgemeinen werden kurz geschildert, worauf deren Auftreten im Verlauf des Syphilisprocesses, deren Diagnose und Therapie besprochen wird.

Virchow. Ueber syphilitische Gelenkaffectionen. Aus den Verhandlungen der Berliner med. Gesellsch. vom 24. Juni 1884. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33, 1884.)

In der Discussion über einen — noch nicht gedruckten — Vortrag von Güterbock über hereditär-syphilitische Erkrankungen machte Virchow äusserst wichtige Mittheilungen über syphilitische Gelenkaffectionen im Allgemeinen. Durch seine Beobachtungen — für die er drei ausgewählte Beweisstücke der Gesellschaft vorlegt — wird dargethan, dass es eine chronische, mit Vermehrung der Synovia aber ohne Eiterung verlaufende Chondritis articularis gibt mit ganz specifischen anatomischem Befunde. Sie tritt an den verschiedensten Gelenken: Knie-, Schulter-, Ellbogen-, Handgelenk u. s. w. mit Schwund gewisser Knorpeltheile ein, so stark, dass zuweilen die Knorpel stellenweise überhaupt verschwinden; aber nicht durch Auflösung des Knorpels, sondern durch eine allmähliche Umwandlung desselben in ein sehr dichtes, aber zugleich spärliches Bindegewebe, welches narbenartig den Substanzverlust füllt. Am häufigsten trifft man zackige, zuweilen strahlenförmige, tief eingehende Defecte, die nur unvollständig mit dichtem fibrösem Bindegewebe erfüllt sind, dem an den Seiten allerlei zottenartiges Material anhaftet; manchmal sieht es so aus, wie wenn Theile ausgesprengt wären. In der Regel liegen diese narbenartigen Defecte

gerade mitten auf der Fläche des Knorpels. Manchmal entwickelt sich eine ganze Reihe solcher narbiger Vertiefungen neben einander, zwischen denen noch kleinere oder grössere Reste des alten Knorpels übrig bleiben; die ganze Fläche wird dadurch in eine hüglige, doch unter dem Niveau der Gesammteinrichtung liegende verwandelt. — Obgleich sich diese Veränderungen schliesslich mehr wie ein atrophischer Process darstellen, muss man bei der in den intensiveren Fällen sehr häufigen Zottenbildung — ziemlich langen fadenförmigen Verlängerungen in die Gelenke hinein, namentlich an den Rändern der Substanzverluste, zuweilen auch an deren Flächen — doch einen entzündlichen Vorgang für ursächlich halten. Die narbenartigen Vertiefungen an den Knorpeln haben sehr grosse Aehnlichkeit mit denen der syphilitischen Leber und Lunge mit ihren perihepathischen und pleuritischen Adnexen.

Ob gummöse Processe die Ursache der beschriebenen Form sind, lässt Virchow unentschieden, da er die Anfänge des Leidens nie hat constatiren können; ebenso unentschieden, ob ein näherer Zusammenhang mit hereditärer Syphilis besteht. Jedenfalls ist der Unterschied von der sehr ähnlichen Arthritis deformans sicher gegeben durch die bei letzterer vorhandene ungewöhnliche Trockenheit der Gelenke; das Zustandekommen des Knochenschwundes durch Auflösung des Knorpelgewebes und schliessliche Entblössung der terminalen Knochenschicht, die späterhin in Politur- und Eburnationszustände übergeht; durch die mannigfachen Neubildungen von Knochensubstanz bes. an den Rändern der Knochen. Auch sonst existire keine andere Affection, die mit der von ihm geschilderten irgendwie in Parallele gestellt werden könne. — Virchow betont, dass er nach seinen Beobachtungen nicht zweifele, dass es auch bei erwachsenen Syphilitikern noch andere syphilitische Gelenkaffectionen gebe, die mit Eiterung und unter dem Bilde der Caries articularis verliefen. Caspary.

Baumgarten. Miliare Gummigeschwülste der Haut, nebst Bemerkungen über die anatomisch-histologische Differentialdiagnose zwischen Gummata und Tuberkeln. (Virchow's Archiv Bd. 97, Heft 1, 1884.)

Bei einer Kranken, die mehrfach an den gewöhnlichen Symptomen der secundären Syphilis gelitten hatte, schliesslich an typischen paracranialen Gummositäten erkrankt und bald danach trotz sofort

eingeleiteter Schmierkur unter den Erscheinungen der Hirnlues zu Grunde gegangen war, fand Baumgarten neben Gummositäten des Paracraniums, der Leber, Arteriitis luetica der Hirnarterien und Anderem folgenden Milzbefund: Die Milz um das drei- bis vierfache vergrössert, von brettartiger Härte; durch die nur wenig getrübte Kapsel schimmern unzählige hirsekorngrosse, wenig prominirende, vielfach gedellte Herde von strohgelber Farbe durch. Auf dem Durchschnitte zeigt sich das blassröthliche, wachsartig trockene Milzgewebe durchsetzt von dichtgedrängten, etwa hirsekorngrossen, blassgelben Herden, die eine mehr bröcklige Consistenz besitzen, im Centrum sogar durchweg puriform erweicht sind, so dass sich bei Druck auf das Milzgewebe eiterähnliche Pfröpfchen aus der Mitte der Knötchen hervordrängen. Amyloid der Milz, Leber, Nieren. Histologisch erwiesen sich die Milzknötchen als typische Gummata, wie sie in derselben Leiche sich in Leber, Gehirn, in Peri- und Paracranium fanden. Die eiterähnliche Masse im Centrum der Herde war nicht wirklicher Eiter, sondern in fettig-schleimiger Erweichung begriffenes Gewebe; die festeren Randpartien bestanden aus kleinzelligem, granulationsartigem Produkte. Nirgends traten darin Nester epithelioider Zellen, nirgends mehrkörnige Protoplasmen oder Riesenzellen hervor; nirgends war irgend Bacterielles, speciell kein Tuberkelbacillus zu finden, wie denn auch Impfungen auf Kaninchen nicht anschlugen. Als Ausgangsstellen der Milzknötchen erschienen hauptsächlich die Septa und die kleinen Pulpavenen. — Dahin resumirend, dass es sich zweifellos um einen der sehr seltenen Fälle von Milzgummata handle, schliesst B. das wichtige Bekenntniss an, dass er nicht mehr glaube, die Langhans'sche Riesenzelle und der reticulirte Epithelialzellentuberkel Wagner-Schüppel's könnten als directes Erzeugniss der Lues auftreten. Kämen solche Gebilde in Gummigeschwülsten vor, so müsse er annehmen, es handle sich um eine Mischform von Syphilis und Tuberculose. Erwiesen würde freilich diese Ansicht erst sein, wenn es gelänge, in solchen Mischgebilden Tuberkelbacillen nachzuweisen und durch deren Verimpfung Tuberculose zu erzeugen. Den Gummata erkennt B. ein ganz eigenartiges anatomisches Gepräge zu, das er aber weniger mit Wagner in der Form und Anordnung der histologischen Elemente, als mit Virchow in der gesammten anatomischen Einrichtung sieht, die retrograden Metamorphosen miteingerechnet, zumal das directe Absterben zu einer zähschleimigen, baumgummi-

ähnlichen gelben Masse, während der Tuberkel stets in Form trockener gelber Massen absterbe, die, secundär erweicht, eine ziemlich dünnflüssige, mit käsigen Börkchen untermengte Materie bilden. Zur histologischen Differenzirung der syphilitischen von den tuberculösen Käsemassen nimmt B. dann noch die — an sich nicht pathogenetische — Erscheinung des zeitweiligen Erhaltenbleibens mit intacten Blutkörperchen erfüllter Gefässe innerhalb der käsig-nekrotisirenden Gewebszone der Syphilome. Caspary.

Baumgarten. Ein Fall von congenitaler Miliarsyphilis der Milz. (Virchow's Archiv Bd. 97, Heft 1, 1884.)

Bei einem am Ende des achten Monats geborenen, wenige Tage post partum verstorbenen Kinde einer mit manifester Lues behafteten Frau fand Baumgarten eine über sämmtliche Röhrenknochen verbreitete Epiphysensyphilis (2. Grad nach Wagner's Eintheilung), diffuses und miliares Lebersyphilom (9. Wagner's) und folgende Erkrankung der Milz: Das Organ beträchtlich vergrössert, 12 Gr. schwer (statt 5 bis 6), vermehrter Consistenz. Durch die Kapsel hindurch schimmernd eine Anzahl stecknadelkopf- bis halblinsengrosser gelblicher Herde, die vielfach seichte Buckel bilden. Auf dem Durchschnitte zeigen sich die Herde theils als dicht unter der Kapsel gelegene umschriebene, fettreiche strohgelbe oder als tiefer gelegene, unscharf begrenzte gelbe Knötchen. Die subcapsulären Herde bestehen aus Milzpulpa, ähnlichem Gewebe ohne Venen und Septa, darin in Hamatoxylin sich lebhaft färbende ein- und mehrkernigen Lymphkörperchen gleichende Zellen, freies Fett, viel Kerndetritus. Die tieferen kleineren Knötchen sind von dem sonst normalen Pulpagewebe ausgehende, zwischen den Pulpavenen sich entwickelnde, diese schliesslich comprimirende Zellanhäufungen, bei deren Wachsthum die Rundzellen verfetten und zerfallen. Granulirende Meso- und Endarteriitis der mittelgrossen Arterien vorhanden, eine Beziehung zu Tuberkeln und Follikeln nicht erweisbar, Amyloid nicht zu constatiren. Andere Fälle von congenitaler gummöser Milzerkrankung finden sich nur bei Beer (Eingeweidesyphilis, Tübingen 1867) und Birch-Hirschfeld (Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten IV, Abth. 1), die beide die miliaren Knötchen als umschriebene Wucherungen in Gefässscheiden beschreiben. Caspary.

Baumgarten. Ein Fall von congenitaler Darmsyphilis. (Virchow's Archiv Bd. 97, Heft 1, 1884.)

Bei einem gleich nach der Geburt verstorbenen Kinde einer mit breiten Condylomen u. A. behafteten Frau fand Baumgarten ferner ausser syphilitischen Produkten in sämmtlichen Röhrenknochen, miliaren Knötchen der Lunge, miliaren und submiliaren Knötchen und einem necrotisirenden grösseren Knoten der Leber, diffusen Einlagerungen in das Pankreas folgende von den Schilderungen Mracek's und Jürgens abweichende Darmaffection: Ausser einem diffusen exsudativen Processe in der Darmserosa, durch die es zur Bildung trockener, fibrinartiger, die Schlingen unter einander verklebender Massen gekommen war, fand sich, unterhalb des Duodenums beginnend, eine fast ganz continuirliche syphilitische Erkrankung des gesammten Darmrohres. Das zwischen fühl- und sichtbaren umschriebenen Verdickungen gelegene Gewebe war an kaum einer Stelle wirklich normal, sondern fast durchweg, wenn auch nicht überall gleichmässig von der specifischen Wucherung in Beschlag genommen. Jede nachweisbare Beziehung zu Follikeln oder Peyer'schen Plaques fehlte, ebenso wie eine erhebliche Betheiligung der feineren arteriellen Gefässe; die miliaren und submiliaren kleinzelligen Knötchen traten der diffusen Wucherung gegenüber ganz in den Hintergrund; endlich liess sich die Entwicklung zweifellos gummöser Affectionen in Mucosa und Submucosa (statt des gewöhnlichen Sitzes in der Muscularis) nachweisen. Aus dem Sectionsbefunde ist hervorzuheben, dass die Wandungen sowohl des Dünnals des Dickdarms, von aussen betrachtet, eine anscheinend ganz gleichmässige Verdickung und Steifigkeit darboten. Im Ileum ganz nahe der Ileocoecalklappe befand sich ein etwa fünfpfennigstückgrosses Geschwür mit speckigem Grunde, welches auf dem Boden einer nahezu 0·4 Ctm. betragenden Verdickung der gesammten Darmwandschichten sass, die sich, von der Ileocoecalklappe an beginnend, mit vom oberen Geschwürsrande ziemlich steil abfallendem, dann allmählich abnehmendem Durchmesser etwa 2 Ctm. weit nach aufwärts erstreckte. Durch den ganzen Darm verbreitet fanden sich in unregelmässigen Abständen hart anzufühlende, 1 Qctm. und mehr grosse, flache, 1 bis 2 Mm. dicke Anschwellungen, über denen die Schleimhaut glatter erschien und in die sie selbst unverschiebbar aufgegangen war. Aus dem histologischen Befunde ist hervorzuheben, dass allerwärts im Darm, wie in den anderen erkrankten Weichtheilen,

die Structur des Wagner'schen Syphiloms bestand; nur fanden sich stellenweise reichliche spindelförmige Elemente, welche bündelweise geordnet, mit Vorliebe in ihrer Längsrichtung dem Verlaufe der in das neoplastische Gewebe eingeschlossenen arteriellen und capillaren Gefässe folgten und sich dicht um sie herumlagerten. Von Riesenzellen, Epithelioidzellentuberkeln, Mikroorganismen irgend welcher Art war nichts zu finden. Der Ausgang der Wucherungen war fast ausschliesslich Submucosa und Mucosa, von wo ein Vordringen einerseits bis an die Spitze der Zotten, andererseits bis in die Serosa stattfand. Caspary.

Zur Therapie der Syphilis.

Unna. Zur Jodoformbehandlung des Ulcus molle. (Monatschr. f. prakt. Dermat. Bd. III. Hft. 8, 1884.)

Nach Unna sind bei jedem weichen Geschwür zwei Hauptindicationen zu erfüllen: 1. Das im Geschwür vorhandene Gift so rasch zu vernichten, dass es weder in der Continuität, noch auf dem Wege der Lymphgefässe zu den Lymphdrüsen sich fortpflanzen kann, und 2. Alles zu vermeiden, was zu einer Verhärtung des Geschwürbodens und zu einer äusserlichen Verähnlichung mit der Initialsclerose führen kann. Diese Indicationen erfüllt das Jodoform; es zerstört die Keime des venerischen Giftes bis ins Gewebe hinein, ja es schützt, frühzeitig angewandt, sicher vor dem suppurirenden Bubo, es verhärtet die Wunde absolut nicht, lässt aber eine sich entwickelnde Sclerose unangetastet, so dass unter seiner Anwendung kein zweifelhafter Fall mehrere Tage zweifelhaft bleiben kann, überdies ist es noch ein Wundheilungsmittel ersten Ranges; endlich wirkt es auch schmerzlindernd. Das Jodoform würde schon längst alle anderen Mittel aus der Behandlung des weichen Schankers verdrängt haben, hätte es nicht einen penetranten Geruch. Nachdem die Desodorisation des Jodoforms nicht gelingt, so muss unser Bestreben darauf gerichtet sein, die Quantität des Jodoforms auf ein Minimum zu bringen. Dies erreicht man mit Jodoformäther, der, wie es scheint, noch rascher entgiftend auf den Schanker wirkt als das Pulver. Bei multiplen weichen Schankern oder solitären von grösserem Umfange gibt es nichts Einfacheres als die kurz dauernde Besprühung mit dem Jodoformätherspray, um den Geschwüren einen festhaftenden und hinreichenden Jodoformüberzug zu geben.

Unna übt die folgende sparsame Methode, die darin besteht, dass er mittelst eines Wattetampons den Jodoformäther auf das Geschwür auftupft. Während dessen nimmt der Pat. einen Gummidoppelballon und dirigirt im selben Moment, in welchem der Jodoformtropfen das Geschwür berührt, einen scharfen Luftstrom auf die Stelle. Auf diese Weise verdunstet der Jodoformäther im Moment, wirkt schmerzlos, das geringste Jodoformquantum ist haarscharf auf die richtige Stelle fixirt und der Arzt hat es ganz in der Hand, durch Wiederholung der Procedur einen beliebig dicken Jodoformüberzug aufzutragen. Dieser Ueberzug genügt aber nicht bis zum nächsten Verbandwechsel in 24 Stunden und Unna applicirt darüber noch den vom Apotheker Beiersdorf dargestellten, sogenannten Jodoform-Gitterpflastermull. Man schneidet ein kleines, nagelgliedgrosses Stück von selbem ab und applicirt dasselbe in ein- oder mehrfacher Lage auf das Geschwür. — Das weitere Verbandverfahren Unna's hat den Zweck, den verrätherischen Geruch nach aussen abzuhalten. Dies geschieht durch Vorlegen von Verbandwatte, welche durch Imbibition von Cumarin u. dgl. wohlriechend gemacht wurde. Ueberdies wendet Unna noch einen wohlriechenden Spray auf die Kleider des Pat. an. Mit diesen drei Bestandtheilen des Jodoformverbandes: Jodoformäther, Jodoform-Gitterpflastermull und odorisirte Watte, lassen sich weiche Geschwüre an allen Theilen der Genitalien sehr leicht und rasch verbinden. Nur eine Stelle erfordert noch ein viertes Hilfsmittel, das ist der Eingang der Harnröhre. Um auch hier kein Jodoform zu verschwenden, lässt Unna Jodoformstifte anfertigen von der Formel: Rp. Jodoform 10·00, Gumm. arab. 3·00, Gumm. tragacanth 1·00, Glycerini 1·00, Aq. q. s. M. f. bacilli Nr. 5. Nach dem Uriniren wird der angespritzte und mit Wasser befeuchtete Stift vom Pat. einige Male im Eingang der Harnröhre umgekehrt und das Geschwür ausgiebig damit bestrichen. Dann kommt sofort etwas odorisirte Watte zwischen die Lippen der Harnröhre und eine grosse Lage derselben umhüllt das Glied. Der Stift kommt nach dem Gebrauche sofort in ein eigenes hölzernes Büchschen. Er dient nebenbei als ein gutes Prophylacticum gegen Ansteckung durch Tripper oder weiche Geschwüre.

Nega. Vergleichende Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener zur cutanen Behandlung verwandter Quecksilberpräparate. (Berl. klin. Woch. Nr. 19, und Sep. Abh., Strassb. 1884.)

Nega theilt Beobachtungen mit, die er bei Behandlung der Syphilis mit verschiedenen Quecksilberpräparaten gemacht hat. Zur Anwendung kamen Beiersdorff-Unna'sche Quecksilberpflastermulle. Quecksilberoleat nach Marshall und Vajda, die Mercurseife nach Oberländer und das Ung. hydr. dupl. ph. gall. nach Lucien Le Beuf. Die curative Wirkung derselben wird an der Hand einer Anzahl (54) Krankengeschichten, ihre Resorptionsfähigkeit durch den Nachweis von Quecksilber im Harn (mehr als 400 Analysen) gezeigt.

Um das Quecksilber im Harn nachzuweisen, bedient sich N. der Ludwig-Fürbringer'schen Methode, die er in einigen Punkten modificirt und verbessert hat, so dass es ihm gelingt, auch die minimalsten Mengen Quecksilber im Harne nachzuweisen.

Quecksilberpflastermull, welcher nebenbei die Möglichkeit einer Resorption durch die Respirationsorgane ausschliesst, wurde in sechs Fällen angewendet. Fast constanter Befund im Harne (meist schon nach 24 Stunden); rasches Schwinden der luetischen Affectionen.

Die Mercurseife, welcher nachgerühmt wird, dass sie sich leichter als die graue Salbe verreiben lasse und nicht so sehr Zersetzungen ausgesetzt sei, wurde in 8 Fällen angewendet. Die Harnanalysen fielen in der grösseren Mehrzahl positiv aus.

Die „neue graue Salbe“ nach Lucien Le Beuf, zu deren Bereitung eine ätherische Benzoëtinctur verwendet wird und die das Quecksilber in metallischem oxydfreiem Zustande enthält, kam in 9 Fällen in Anwendung. Fast alle Analysen fielen positiv aus.

Das Quecksilberoleat, in 27 Fällen angewendet, ergibt ein ähnliches Resultat. Von allen Präparaten reizt es bei Wechsel der Applicationsstellen am wenigsten; Eczeme kommen fast niemals vor.

Aus den Details der klinischen Untersuchungen gelangt N. zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Quantität des zur Anwendung gebrachten Quecksilbers ist auf das Gesammtergebniss der Harnuntersuchung von wesentlichem Einfluss. Die Resorption ist eine geringere, wenn zu den Einreibungen stets dieselbe Hautregion verwendet wird. — Das Quecksilber kann bei cutaner Behandlung, gerade so wie bei subcutaner Injection löslicher Salze schon nach 24 Stunden im Harne nachgewiesen werden.

Auch in den ersten Monaten nach der Kur gelingt der Nachweis von Quecksilber im Harne, wenn nur früher eine genügende Menge Quecksilber zur Anwendung kam.

Werden die Ausscheidungsverhältnisse bei gleichen Quantitäten von Sapo mercurialis und Oleat verglichen, (welche den gleichen Procentgehalt an regulinischem Quecksilber haben) so ergibt sich, dass bei Anwendung von Mercurseife (Quecksilber im regulinischen Zustande), die Resorption des Quecksilbers eine reichlichere ist, als bei Anwendung des Oleats, welches das Quecksilber in oxydirtem Zustande enthält.

Bei einer dem Ung. hydr. dupl. (3 Gr.) adäquaten Menge Oleats (6 Gr.) liess sich durch das letztere eine schnellere Wirkung nicht erzielen.

Die auf theoretischen Voraussetzungen beruhende Annahme früherer Autoren, dass eine das Quecksilber in oxydirtem Zustande enthaltende Salbe leichter resorbirt werde, wie eine das Quecksilber in regulinischem Zustande enthaltende Salbe, findet keine Bestätigung.

Das Oleat empfiehlt sich bei leichteren Formen von Syphilis, wenn das Quecksilber durch längere Zeit in kleineren Dosen verabreicht werden soll.

Die nach Lucien Le Beuf's Angabe bereitete Salbe ist wegen der schnellen und reichlichen Resorption des Quecksilbers und wegen ihrer günstigen Einwirkung auf den syphilitischen Process zur Behandlung schwerer Fälle von Syphilis am geeignetsten.

Die Mercurialseife, welche an Wirksamkeit die Mitte zwischen den beiden oben genannten Präparaten einhält, ist wegen der Schwierigkeit, ein entsprechendes Präparat herzustellen, und wegen der Schwierigkeit, grössere Quantitäten desselben zu verreiben, weniger zu empfehlen. Hochsinger.

Baumeister. Ueber gleichzeitige Anwendung von Calomel und Jodkali. (Berl. klin. Woch. Nr. 43, 1884.)

Baumeister warnt mit Berufung auf wenig beachtete Publicationen von Krankheitsfällen und Thierexperimenten und unter Mittheilung einer eigenen Erfahrung vor gleichzeitigem Gebrauch von Calomel und Jodkali speciell bei Augenkrankheiten. Derselbe sah eine Ulceration der Conjunctiva und theilweise auch der Cornea bei einem Luetiker, der Jodkali eingenommen und Calomel in das Auge gepudert hatte. Die Aetzwirkung erklärt sich nach den Experimenten von Schlaefke folgendermassen: Schon kurze Zeit nach Verabreichung von Jodkalium ist in der Thränenflüssigkeit im Conjunctivalsack Jod

nachweisbar. Wird jetzt Calomel ins Auge gebracht, so bildet sich Quecksilberjodür und Jodid-Chlornatrium. In dieser Verbindung als Doppelsalze sind die genannten Jodpräparate löslich und wirken stark ätzend. Etwa 24 Stunden nach der letzten Verabreichung von Jodkalium ist selbst durch die sehr empfindliche Palladiumreaction kein Jod im Conjunctivalsack mehr nachweisbar. Jedenfalls wird man gut thun, noch etwas länger mit der Anwendung von Calomel zu warten.

Caspary.

Link: Ueber die Behandlung der Syphilis bei Säuglingen. (Prag. med. Wochenschr. 32, 1883. — Wiener med. Rundschau 12. H. 1884.)

Eine genaue Prüfung des Jodgehaltes der unter dem Einfluss der Jodkaliumzufuhr gewonnenen Milch bei syphilit. Säuglingen unternahmen nach dem Vf. zuerst Labourdette und Dumesnil, welche bei einer grösseren Anzahl von Hausthieren eingehende Versuche anstellten. Es wurden etwa 25 Theile des eingeführten Jods in der Milch nachgewiesen, 40 bis 45 Theile im Harne und etwa 30 bis 35 Theile gingen mit den Fäces ab. Schäfer fand bei Darreichung von 1 Gr. Jodkali zwei Stunden später bereits eine deutliche Jodreaction der Milch. Welander beobachtete bei einem säugenden Kinde, dessen Mutter durch längere Zeit 1 Gr. Jodkali pro Tag einnahm, einen heftigen Jodschnupfen und eine ausgebreitete Jodacne. In neuerer Zeit wurde der Gebrauch jodirter Ammenmilch von Gemmel und Lažansky wärmstens empfohlen. Stumpf hat in seinen Studien über den Einfluss einiger Medicamente auf die Milchsecretion auch das diesbezügliche Verhalten des Jodkali einer genauen Prüfung unterzogen. Nach seinen Untersuchungen bewirkt das Jodkali eine beträchtliche Verminderung der Milchsecretion und soll eine Störung der Drüsenfunction zur Folge haben, wodurch das quantitative Verhalten sämmtlicher Milchbestandtheile ins Schwanken gerathe. Das Jod gehe im Uebrigen rasch in die Milch über und verschwinde rasch nach Beendigung der Jodzufuhr. Der Jodgehalt der Milch unterliege bedeutenden Schwankungen, besonders auch individuellen Verschiedenheiten. Aus diesen Gründen glaubt der Verfasser auch die therapeutische Verwendung der jodisirten Milch verwerfen zu sollen. Trotz der im Ganzen wenig aufmunternden Resultate der von Stumpf angestellten Untersuchungen schien es angezeigt, mit Rücksicht auf die praktische Bedeutung der Frage und die von einzelnen Autoren mit-

getheilten günstigen Ergebnisse der Behandlungsweise mit jodirter Ammenmilch (Gemmel, Lažansky) in geeigneten Fällen weitere therapeutische Versuche anzustellen. Hiebei sind in einer Anzahl von ziemlich schweren Syphilisfällen, die in der Prager Poliklinik zur Behandlung kamen, durchaus befriedigende Erfolge erzielt worden. Von den im Originale mitgetheilten 4 Fällen wird Fall 1 hier in Kürze mitgetheilt:

S. R., zehn Wochen alt, wurde wegen eines hartnäckigen Ausschlages in die poliklinische Ambulanz gebracht. Erst in der dritten Woche bemerkte die Mutter einen Ausschlag um den After, der später auch die Fusssohlen, sowie die Handteller und den übrigen Körper befiel, weiter jedoch nicht beachtet wurde, bis in der zehnten Woche eine hartnäckige Verstopfung der Nase und leicht blutende Rhagaden an den Lippen das Kind am Saugen hinderten, und die Mutter gibt an, im achten Schwangerschaftsmonate vom eigenen Manne ein Ulcus molle acquirirt zu haben, welches nach einer local eingeleiteten Behandlung in kurzer Zeit ausheilte. Der Vater des Kindes war häufig inficirt und machte vor 5 Jahren die Schmiercur durch.

Ueber den ganzen Körper verstreut braunrothe Flecken, zu denen sich besonders um den After, um das Scrotum, um die Nasen- und Lippengegend theils Borken, theils nässende Bläschen und Papeln hinzugesellten. Die Fusssohlen sowie die Handteller weisen einzelne theils mit trübem Inhalte gefüllte, theils bereits eingetrocknete Pemphigusblasen auf; die Nase ist mit Borken verlegt, die Lippen zeigen Rhagaden. An der Spitze der Zunge eine kleine, mit grauem Belage versehene Ulceration.

Es wurde die Jodkalibehandlung in der Art eingeleitet, dass die Mutter 2 Gramm pro die erhielt und wurde von derselben diese Medication auch ohne jegliche Störung gut vertragen; eine bemerkbare Verminderung in der Milchsecretion trat dabei nicht ein. Nachdem durch Ausspritzungen der Nase mit lauem Wasser die Borken entfernt und die Nase wegsam gemacht war, konnte das Kind die Brust gut nehmen und wurde bereits am 10. Tage der eingeleiteten Jodbehandlung insofern eine Besserung im Zustande des Kindes beobachtet, als der Schnupfen gänzlich geschwunden, das Geschwürchen am Nasenseptum ausgeheilt und ein Abblassen des Exanthems sichtbar war. Bereits am 22. Tage der Behandlung schwand das über den Körper verstreute Exanthem und blieben nur noch um

den After herum deutliche braunrothe Flecke zurück, die jedoch am 33. Tage der Behandlung fast vollständig verschwunden waren. Das Geschwürchen an der Zunge war ebenfalls verheilt und wurde das Kind am 25. April aus der Behandlung entlassen. Eine aus Anlass einer phlyctänulären Conjunctivitis vorgenommene spätere Besichtigung ergab kein neuerliches Auftreten ähnlicher Hautaffectionen.

Bei Prüfung der Heilresultate in den mitgetheilten Fällen lässt sich nicht in Abrede stellen, dass dieselben hinreichend befriedigende waren, um so mehr, als es sich um ziemlich schwere Formen von Syphilis handelte, von denen zwei ernste Complicationen (Darmkatarrh und Stomatitis) aufzuweisen hatten. Was die befürchtete Verminderung der Milchsecretion anbelangt, so ist zu constatiren, dass eine nennenswerthe Abnahme der Milchsecretion durch die Jodkalizufuhr in den vier Fällen nicht zu bemerken war; wenn jedoch auch eine gewisse Abnahme der Muttermilch stattgefunden hätte, so sprechen doch die so günstigen Resultate dafür, dass die quantitative Veränderung der Milchsecretion nicht in dem Masse ungünstig sein dürfte, um den Werth dieser Behandlungsmethode ernstlich zu beeinträchtigen. (Siehe auch die Beobachtungen von Gemmel und Lažansky.)

Nekrologe.

Hermann v. Zeissl in Wien † am 23. September 1884.

Wir bringen mit tiefem Schmerze die Mittheilung zweier Verluste, welche unser Fach und die Wissenschaft seit dem Erscheinen unseres letzten Heftes betroffen haben: der Kliniker Hermann v. Zeissl in Wien und Sir Erasmus Wilson in London. Der Trauer um Ersteren ist in der Antrittsvorlesung des Nachfolgers auf seiner Lehrkanzel im allgemeinen Krankenhause in Wien, Prof. Heinrich Auspitz, treuer Ausdruck verliehen und es werden im Folgenden daher nur einige biographische Daten über v. Zeissl nach uns freundlichst zu Gebote gestellten Aufzeichnungen seines Sohnes und Schülers, des Privat-Docenten Dr. Max v. Zeissl, nachgetragen.

Hermann Zeissl wurde geboren am 22. September 1817 zu Vierzighuben in Mähren als zweiter von vier Söhnen des Michael Zeissl, welcher die Branntweinbrennerei und die Oekonomie, die beide dem Erzbisthum Olmütz gehören, gepachtet hatte. Der zweite Sohn Hermann wurde zu Studien bestimmt, weil der Cardinal-Erzbischof von Olmütz, Erzherzog Rudolf (Bruder Kaiser Franz I.) seinem Pächter wiederholt anrieth, doch eines seiner Kinder studiren zu lassen. Mit 13 Jahren kam Zeissl an das Gymnasium zu Leitomischl in Böhmen, absolvirte dort die sechs unteren Classen und die sogenannte Philosophie in Brünn. 1839 bezog er die Universität Wien, wo er sich, nachdem er ein Semester die Medicin frequentirt hatte, der Jurisprudenz zuwenden wollte, aber rasch kehrte er wieder zur Medicin zurück. Bald zählte er zu den eifrigsten Schülern Rokitansky's und Skoda's, mit welchen ihn in späterer Zeit innige Freundschaft verknüpfte. Am 29. Juli 1845 zum Doctor der Medicin, wurde er am 26. Juli 1846 zum Doctor der Chirurgie promovirt. 1845 war er in das allgemeine Krankenhaus in Wien zunächst als Externist eingetreten und stand zunächst an der Augenklinik des Prof. Rosas und dann an der

chirurgischen Abtheilung Moiszisovic's in Verwendung. Seine Bemühung, bei Wattmann Operationszögling (staatlich subventionirter Eleve der Chirurgie) zu werden, misslang, und nun kam er als Secundararzt zu Hebra, der gerade als behandelnder Arzt die Hautkranken-Abtheilung übernommen hatte. Elfinger war dessen erster, Zeissl dessen zweiter Secundararzt.

Am 2. August 1847 verheiratete sich Zeissl und blieb auch weiter als Secundararzt I. Classe bis zum November 1849 an Hebra's Abtheilung, welche er durch mehrere Monate, als Hebra während der Revolution Wien verlassen hatte, als supplirender Primararzt leitete. 1850 hatte er sich um die Docentur für Syphilis beworben, wurde aber trotz des einstimmigen Votums des Professoren-Collegiums vom Ministerium abgewiesen und erst im October desselben Jahres zur Habilitirung zugelassen.

1861 erfolgte seine Ernennung zum a. o. Professor auf Antrag des Professoren-Collegiums.

Am 28. October 1869 wurde er zum Primararzt der vor Kurzem errichteten II. Abtheilung für Syphilis im allgem. Krankenhause ernannt, welche Stellung er am 30. September 1883 niederlegte, indem er um seine Pensionirung ansuchte.

1873 und 1881 hatte er die Klinik v. Sigmund supplirt und dabei gleichzeitig die seinige geleitet, wofür ihm der Rang und Titel eines Regierungsrathes verliehen wurde.

Mit seiner Versetzung in den bleibenden Ruhestand erfolgte seine Erhebung in den Adelstand.

Im Mai 1870 hatte sich Zeissl bei Spaltung eines Bubos an einem Luetischen inficirt. Im August dieses Jahres zeigte sich Psoriasis palmaris und plantaris, 1876 heftige Knochenschmerzen. Einreibungskur mit nachfolgender Jodbehandlung. October 1882 apoplectischer Anfall, von dem sich Zeissl nicht mehr erholte. Ein neuerlicher Anfall am 18. September 1884 machte seinem Leben am 23. September 1884 ein Ende.

Seine erste Publication war eine Dissertation über Urolithiasis, welche er Wattmann widmete, Wien 1845. Seine erste grössere Publication war das 1850 in 6 Wochen in zwei Auflagen erschienene Compendium der Pathologie und Therapie der primär syphilitischen und einfach venerischen Krankheiten. Wien, C. Gerold u. Sohn 1850; sein Hauptwerk das in mehreren Auflagen seit 1864 zuletzt in

IV. Auflage gemeinsam mit seinem Sohne Max Zeissl 1882 herausgegebene Lehrbuch der constitutionellen Syphilis, Erlangen bei F. Enke, welches gleich allen seinen zahlreichen, in Journalen zerstreuten Aufsätzen über Syphilis von streng dualistischem Geiste beseelt ist und in Deutschland noch immer das einflussreichste Hand- und Lehrbuch dieser Lehre bildet. In unserer Vierteljahrschrift, deren Mitherausgebern er seit der Gründung derselben (als Archiv 1869) angehört, werden mehrere vortreffliche Aufsätze Zeissl's Andenken direct erhalten.

Sir Erasmus Wilson in London †

Am 7. August 1884 starb in Westgate sur-mer in hohem Alter an einer acuten Entzündung des Darmes der Nestor der Dermatologen, Erasmus Wilson, der angesehenste der englischen Fachmänner seit Robert Willan, einer der beliebtesten, populärsten, reichsten und geehrtesten Aerzte aller Zeiten und Länder, englischer Baronet, Gründer der Lehrkanzel und erster Professor der Dermatologie, dann Präsident des College of Surgeons in London, Schöpfer des Wachsmuseums an demselben mit einem eigenen Kosten-Aufwand von mehr als 10,000 Pfund; — der Urheber der Aufhebung der Peitschenstrafe in der englischen Armee (regimental flogging); der Bestreiter der Kosten für die Transportirung des Obelisken Mehemed Ali's („die Nadel der Clopatra“) aus Alexandrien nach London und seiner Aufstellung am Themseufer; — der Autor einer Anzahl berühmter Lehrbücher der Dermatologie und vieler Specialarbeiten im Sinne der praktischen englischen Schule, die sich an Robert Willan anlehnte; eine Zeit lang Herausgeber des „Journal of cutaneous medecine and diseases of the skin“ (1867—70), welches jedoch offenbar wegen mangelhafter Unterstützung des Autors durch die Collegen (Wilson hatte selbst das Journal fast allein gearbeitet), nach einer kurzen Uebernahme durch Dr. Purdon (1 Jahr lang) zu erscheinen aufhörte.

Unsere Vierteljahrschrift (Archiv) zählte Erasmus Wilson seit ihrem Bestehen unter jene Fachcollegen, deren auf dem Titel angeführte Mitherausgeberschaft einen Schmuck der Publication bildet, deren persönliche Freundschaft überdies dem Autor dieses Nachrufes stets zur ehrenvollen Erinnerung gereichen wird.

Als Kliniker war Wilson conservativ in seinen Anschauungen, dabei klar und ruhig beobachtend, schwer zu neuen Anschauungen zu bewegen, von scharfem Blick besonders für die Symptomatologie; (er hat unter Anderem die Krankheitsform Lichen planus als Specialform von Hebra's Lichen ruber zuerst klinisch geschildert), als Therapeutiker etwas sanguinisch, aber sehr erfahren; an Auswegen reich, dem Kranken gegenüber autoritativ.

Eine Eigenthümlichkeit Wilson's war, dass er in einer Art klinischer Marotte von der Selbstständigkeit der Dermatomykosen als Hauterkrankungen nichts, von der Existenz der bezüglichen Pilze wenig wissen wollte. Der Schrecken, mit welchem Wilson eine Andeutung des Unterzeichneten bei Besichtigung eines Wachspräparates von Eczem in seinem Museum im London Coll. of Surg. aufnahm (1870), dass das Eczem im allgemeinen pathologischen Sinne wohl nichts anderes sei als der Typus der Schleimhaut-Katarrhe für die äussere Haut — wird dem Autor dieser Zeilen stets gegenwärtig bleiben.

Erasmus Wilson war einer jener hervorragend praktischen englischen Kliniker, welche der Menschheit im Allgemeinen, dem ärztlichen Stande und der Wissenschaft stets zur Ehre gereichen werden. Die theoretische Seite der klinischen Forschung war für ihn ziemlich verschlossen; er hat factisch in drei Lehrbüchern drei total verschiedene Systeme der Hautkrankheiten nach einander durchzuführen versucht. Seine Hauptwerke waren:

„On Diseases of the skin, a system of cutaneous diseases." (Die 6. Auflage erschien 1867.)

„Healthy skin, a popular treatise on the skin and hair." (8 Auflagen, von 1868 an.)

„Lectures on Dermatology" (3 Bände, 1871 bis 1878 gehaltene Vorlesungen umfassend).

Ein grosser dermatologischer Atlas in Folio.

Viele einzelne Artikel in verschiedenen Journalen und die drei Bände des „Journal of cutaneous Diseases" 1876—1879.

Heinrich Auspitz.

Varia.

Amerikanische dermatologische Gesellschaft. Das achte Jahresmeeting der am. derm. Gesellschaft hat in Highland falls in der Nähe von West Point in New York am 27., 28. und 29. August 1884 stattgefunden. Anwesend waren die Herren White, Wigglesworth (Boston), G. H. Fox, Piffard, Robinson, Taylor, Alexander (New York), Sherwell, Hyde (Chicago), Duhring (Philadelphia) und Hardaway (St. Louis). Den Vorsitz führte Prof. R. W. Taylor und der Congress erörterte in mehreren Sitzungen eine Reihe interessanter wissenschaftlicher Fragen und Vorträge, über welche wir nach dem Einlangen des Specialberichtes ebenso wie über die Wahlen der neuen Functionäre für das nächste Jahr im folgenden Hefte dieser Vierteljahrschrift Bericht erstatten werden. Für das nächste Meeting (1885) ist der letzte Mittwoch des August, als Ort das Indian Herbor Hotel in Greenwich, Connecticut bestimmt worden.

Dermatol. Poliklinik in Berlin. Prof. H. Köbner wird am 15. März 1885 in Berlin wieder den ersten klinischen Cursus über Dermatologie und Syphilis gleichzeitig mit den Feriencursen des Berliner Docenten-Vereines beginnen.

Dr. Eduard Schiff, der langjährige Assistent des Prof. Auspitz an der dermatologischen Abtheilung der Wiener allg. Poliklinik und Mitarbeiter an dieser Vierteljahrschrift, hat sich als Privatdocent der Dermatologie und Syphilis an der Wiener Universität habilitirt und ist als solcher vom Ministerium d. U. bestätigt worden. Er beabsichtigt, seine klinischen Vorlesungen zugleich mit einschlägigen bacteriellen Uebungen demnächst in einem der Wiener öffentlichen Krankenhäuser zu beginnen.

Die Leitung der dermatolog.-syph. Abtheilung an der allgemeinen Poliklinik in Wien, welche bisher von Prof. Auspitz geführt wurde, ist dem Privatdocenten Dr. Hanns v. Hebra, dem Sohne Ferdinand v. Hebra's und Autor des im letzten Jahre (1884 bei Wreden) erschienenen neuen Lehrbuches: „Die krankhaften Veränderungen der Haut“ etc. übertragen werden und derselbe hat seine Curse über Dermatologie und Syphilis seit dem October vor. J. daselbst begonnen.

Bibliographie vom Jahre 1884.

Erstes Verzeichniss.

Dermatologie.

Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

Andeer, J. Das Resorcin in seiner Anwendung bei Hautkrankheiten. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 13—17.

Angus, A. C. The treatment of ulcers. — Canada Lancet. Toronto, 1883—84, XVI, p. 206.

Babes, V. Observations sur quelques lésions infectieuses des muqueuses et de la peau (diphthérie, charbon, mycose intestinale, morve, fièvre typhoïde, cholera, gangrène, sueur rouge, verrues). — Journ. de l'anatom. et physiol. etc. Paris, XX, p. 39—70 u. 4 Taf.

Bain, D. B. The sensory and thermal dynamics of the skin. — Edinburgh clinic. and pathol. Journ. 1883—84, I, p. 321—331.

Boas, J. E. V. Ein Beitrag zur Morphologie der Nägel, Krallen, Hufe und Klauen der Säugethiere. — Morphol. Jahrbücher. Leipzig, 1883—84, IX, p. 389—400.

Bock, E. Die Pfropfung von Haut und Schleimhaut auf oculistischem Gebiete. Wien, 8°.

Brooke. Beitrag zur Lehre über die Genese der Horngebilde. — Mittheil. a. d. embryol. Institute der k. k. Univers. zu Wien. 1883, II, p. 159—168 u. 7 Taf.

Buch, M. Beitrag zur Kenntniss der Haut-Gefässnerven des Menschen. — Centralblatt f. Nervenheilk. Leipzig, VII, p. 49—54.

Cholodkowsky. Sur les vaisseaux de Malpighi chez les lépidoptères. — Compt. rend. Acad. des sciences. Paris, XCVIII, p. 631 bis 633.

Conn, H. W. The significance of the skin of decapods. — John Hopkins Univers. Stud. biolog. labor. Baltimore, III, p. 1—27 u. 2 Taf.

Duhring, L. D. A course of lectures on dermatology. — Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 405—407.

Fähnrich, J. Untersuchungen über die Wirkungsweise des Kairin bei Variola, Morbillen und Erysipel. — Zeitschrift f. Heilk. Prag, 1883, IV, p. 446—499.

Feinberg. Ueber das Verhalten der vasomotorischen Centren des Gehirns und Rückenmarks gegen elektrische, auf den Schädel, die Wirbelsäule und Cutis gerichtete Ströme; experimentelle Studie. — Zeitsch. f. klin. Med. Berlin, 1883, VII, p. 282—298.

Fleming, M. J. Case of belladonna poisoning resulting from the application of a belladonna plaster. — Med. Record. New York, XXV, p. 68.

Flemming, W. Zur Kenntniss der Regeneration der Epidermis beim Säugethiere. — Arch. f. mikroskop. Anatomie. Bonn, XXIII. p. 148—154.

Fox, G. H. Recent and improved methods of applying chrysarobin in skin diseases. — Aesculapian. New York, I, p. 62—64.

François-Franck. Travaux récents sur la fonction sudorale. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris. 2 Sér. XXI, pp. 221—226, 254—257.

Freyer. Frühzeitiger Eintritt von hochgradigem postmortalem Emphysem der Haut und innerer Organe; Todesursache: traumatisches Erysipel. — Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med. Berlin, N. F. XL, p. 37—41.

Grefberg, W. Die Haut und deren Drüsen in ihrer Entwicklung. — Mittheil. a. d. embryolog. Institute der k. k. Univers. zu Wien, 1883, II, p. 125—158 u. 3 Taf.

Hebra, Hans v. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde mit ihren Beziehungen zu den Krankheiten des Gesammtorganismus dargestellt. Braunschweig, 8°, p. 562.

Hoggan, G. New forms of nerve terminations in mammalian skin. — Journ. of anatom. and physiol. London, 1883—84, XVIII, p. 182—197 u. 2 Taf.

Hutchinson, J. Natural groups of skin diseases. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVII, p. 131—133.

Jacobi, R. Die Collateral-Innervation der Haut. — Arch. für Psychiatr. Berlin, XV, p. 151—183.

Josias, A. Cancer de l'estomac; cancer secondaire des capsules surrénales du foi, du pancréas; congestion et inflammation des corps

cerébraux; vomissement bilieux; teinte pigmentée de la peau. — Progrès méd. Paris, XII, p. 49—51.

Judd, H. A case of poisoning from a belladonna plaster. — Journ. of the Americ. Med. Assoc. Chicago, II, p. 122.

Kaposi, M. Zeichnung des von Hebra eingeführten Wasserbettes. — Aerztl. Bericht des k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien (1882) 1883, p. 209—211 u. 1 Taf.

Keferstein, Georg Wilhelm. Ueber die Wirkungen der Hautreize und ihre Verwerthbarkeit für die prakt. Medizin. Inaugural-Abhandlung. Halle a. S. 1883, 8°, p. 28.

Kraus, E. Beiträge zur Riesenzellenbildung in epithelialen Geweben. — Virchow's Arch. Berlin, XCV, p. 249—272 u. 1 Taf.

Kremer, F. Ueber die Einwirkung der Narcotica auf den Raumsinn der Haut. — Arch. f. d. gesammte Physiologie. Bonn, 1883—84, XXXIII, p. 271—292.

Lancereaux, E. Traité de l'herpétisme. Paris, 1883, 8°, p. 357.

Lesser, A. Kann postmortale Senkung des Blutes in frischen Leichen binnen 24 Stunden zu Gefässzerreissungen und Blutungen in der Haut führen? — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. Berlin, N. F. XL, p. 69—74.

Martin, P. Beitrag zur Entwickelung der Sinushaare unserer Haussäugethiere. — Deutsche Zeitg. f. Thiermed. Leipzig, 1883—84, X, p. 112—121 u. 1 Taf,

Michelson, P. Ueber die Verwerthung der Säure-Fuchsinfärbung (nach Weigert) für dermatologische Zwecke. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, 1883, II, p. 361—363.

Möbius, P. J. Ueber die Empfindlichkeit der Haut. — Ebenda, III, p. 5—13.

Mohedano, P. El iodoformo en las afecciones herpéticas y erisipelatosas. — Boletin de med. naval. San Fernando, VII, p. 49—52.

Monique, Marc. Des principales applications de l'acide acétique, l'acide pyroligneux rectifié, dans le traitement de la teigne tondante et de quelques autres affections cutanées. Thèse. Paris, 1883, 4°, p. 78.

Morrow, P. A. An improved method in the treatment of certain forms of skin affection. — Med. Record. New York, XXV, p. 227 bis 230; Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 257; New York med. Journ. XXXIX, p. 280—282.

Ranvier, L. De l'éléidine et de la répartition de cette substance

dans la peau, la muqueuse buccale et la muqueuse oesophagienne des vertébrés. — Arch. de physiolog. norm. et pathol. Paris, III, 3 Sér. p. 125—141 u. 1 Taf.

Schulz, R. Embryonale Abschnürung von Epidermis. — Virchow's Arch. Berlin. XCV, p. 122.

Stelwagon, H. W. The oleates in cutaneous diseases. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, L, p. 323—328.

Stocquart. L'acide chrysophanique administré par les voies stomacale et hypodermique dans le traitement des maladies de la peau. — Journ. de méd., chir. et pharmac. Bruxelles, LXXVIII, p. 118—131; Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 15—22.

Unna, P. G. Neuere Arbeiten über Kern- und Zelltheilung. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, pp. 17, 70 u. 1 Taf.

Waldeyer, W. Atlas der menschlichen und thierischen Haare, sowie der ähnlichen Fasergebilde. Für die Bedürfnisse der Staatsarzneikunde, des Handels, der Technik .... herausgegeben von J. Grimm. Mit erklärendem Text von .... Lahr 1884. 4°.

Youmans, W. J. Our new Skin and Cancer Hospital. — Popular science Monthly. New York, XXV, p. 94—103.

Zander, R. Die frühesten Stadien der Nagelentwicklung u. ihre Beziehungen zu den Digitalnerven. — Arch. f. Anat. u. Entwicklungsg. Leipzig, p. 103—144 u. 1 Taf.

Einfache Entzündungen der Haut.

Atlee, W. F. The present state of our knowledge respecting the connection between eczema and an affection resembling eczema of the nipple, and a malignant disease of the breast. — Americ. Journ. of the med. sciences. Philadelphia, N. S. LXXXVII, p. 469—474.

Benkendorf, E. Jodoform in the treatment of rupia. — St. Louis med. and surg. Journ. XLVI, p. 273—280.

Billroth, T. Panaritium. — Med. Press and Circul. London, N. S. XXXVII, p. 133.

Bulkley, L. D. Eczema and its management: a practical treatise based on the study of three thousand cases of the disease. Second edition. New York, 8°.

Cornil, V. Note sur les microbes du phlegmon cutané et sur leur siège. — Arch. de physiolog. norm. et pathol. Paris, 3 Sér. III, p. 317—324 u. 1 Taf.

Cséri, J. Eine räthselhafte Hautkrankheit (Phlyktenoden-Eruption). — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, p. 98.

Davies-Colley, N. Anthrax of face. — Transactions of the pathol. society of London. 1882—83, XXXIV, p. 291—293 u. 2 Taf.

Depéret, C. et E. Boinet. Du bouton de Gafsa au camp de Sathonay. — Arch. de méd. et pharm. mil. Paris, III, p. 296—302.

Dolan, T. M. On the use of sulphide of calcium in the treatment of scabies. — British med. Journ. London, I, p. 260.

Duhring, L. A. Eczema. — Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 265—267.

Fusier. Deux cas de folie améliorés chacun par un anthrax. — Encéphale. Paris, IV, p. 65—67.

Gérente, William. De l'érysipèle de la face dans le cours de la fièvre typhoide. Etude critique et clinique. Thèse. Paris, 1883, 4°, p. 64.

Guilmot. Acne rosacée de la face, datant de six ans, guéri en quatre mois. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér., XXV, p. 92—96.

Hansell, H. F. Pediculus pubis in the eyelashes. — Polyclinic, Philadelphia, 1883—84, I. p. 119.

Jones, A. E. A case of embolism (?) of the central artery of the retina connected with fascial erysipelas. — British med. Journ. London, I. p. 312.

Macdowell, F. V. Amputation of leg for malignant ulcer. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVII, p. 254.

Mishtolt, A. D. O tsielebnom dieistvii roji pri niekotorich opucholjach (Erysipelas medicatri). — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, 1883, Juny, 47—52.

Piffard, H. G. The treatment of acne. — Journ. of cutan. and venereal diseases. New York, II, p. 71—78.

Potain. Erysipèle de forme anomale ou eczéma aigu. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 243.

Reichel, P. Fall von einem durch Sublimatgazeverband erzeugten Erythema universale. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 18.

Reynolds, H. J. Treatment of eczema. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVIII, p. 240—244.

Rohé, G. H. Non-parasitic sycosis. — Med. Chronic. Baltimore, 1883—84, II, p. 157—159.

Roth, T. Ueber den Furunkel und Carbunkel und deren Abortivbehandlung. — Deutsche Med. Zeitg. Berlin, V, p. 45—48.

Schweinitz, G. E. de. A case of Paget's disease of the nipple and areola. — Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 126—129.

Semon, F. A case of erysipelas of the larynx; pyaemia; death. — St. Thomas Hosp. Report. (1882) London, 1883, N. S. XII, p. 114—117.

Stelwagon, H. W. Acne indurata; its treatment. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 33—39.

Unna, P. G. Die Pastenbehandlung der entzündlichen Hautkrankheiten, insbesondere des Ekzems. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 38—50.

Angioneurotische Dermatosen.

Neve, A. On malarious urticaria. — Indian med. Gaz. Calcutta, 1883, XVIII, p. 335.

Barth, H. Un cas d'endocardite infectieuse avec éruption cutanée simulant un érythème papuleux. — France méd. Paris, I, p. 361—366.

Delaporte. A. Diabète; anthrax gangréneux de la face et de la jambe; poudre de viande; guérison des accidents gangréneux. — Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LV, p. 68—71.

Kaposi, M. Ueber besondere Formen von Hauterkrankung bei Diabetikern; dermatosis diabetica. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, pp. 1, 33, 67, 93; Wiener med. Blätter, 1883, VI, p. 1540—1543.

Holst, L. Ein Fall von gleichzeitigem Typhus abdominalis und exanthematicus, complicirt mit Diphtherie. — St. Petersburger med. Wochenschr. N. F. I, p. 17—19.

Antony. Relation d'une épidémie de scarlatine à rechutes. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, III, p. 59—73.

Becher. Ueber acute Amaurose bei Scharlach-Nephritis. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 37—40.

Busey, S. C. Scarlatina puerperalis. — Americ. Journ. of med. sciences. Philadelphia, N. S. LXXXVII, p. 392—406.

Covin, N. Intorno ad alcune varietà della forma clinica della scarlattina. — Gazz. med. ital. prov. veneto. Padova, 1883, XXVI, p. 369—372.

Diver, E. Scarlet fever; a remarkable series of cases, and a noteworthy end of it. — Lancet. London, I, p. 110.

Duckworth, D. On scarlatinal dropsy with little or no albuminuria. — St. Bartholom. Hosp. Report. London, 1883, XIX, p. 321—327.

Galanin, M. Skarlatina i eja lechenie. — Zdorovje, St. Petersburg, 1883, X, Nr. 52, p. 3—5.

Green, J. O. Inflammation of both tympana and both labyrints in scarlet fever. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 228.

Hesselbarth. Beitrag zur Kenntniss der malignen Complicationen von Scarlatina. — Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart, 1883—84, V, p. 101—108.

Jamieson, W. A. Scarlet fever; how to limit its contagiousness. — Edinburgh med. Journ. 1883—84, XXIX, p. 785—790.

Karst, S. M. Klinicheskija osobennosti skarlatini v 1882 i 1883 gg. — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, 1883, September, p. 44—52.

Katz, L. Ueber croupöse Entzündung des Mittel-Ohres bei Scharlach. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 202.

Klamann. Coccen an den Epidermisschuppen eines an bösartigem Scharlach leidenden Knaben. — Allgem. med. Central-Zeitg. Berlin, 1883, LII, p. 1349—1351.

Lediberder. De la scarlatine, sa nature et son traitement. Paris, 8°.

Leichtenstern, O. Sulla terapia della scarlattina (Uebersetzt von G. Somma). — Arch. di patol. infant. Napoli, 1883, I, pp. 133, 252.

Marsh, J. J. Virulent case of scarlatina. — British med. Journ. London, I, p. 357.

Moore, N. Elbow-joint from a case of scarlet fever. — Transactions of the path. soc. of London, 1882—83, XXXIV, p. 225.

Pepper, A. J. Scarlet fever; secondary sore throat on 54th day; severe bleeding on 58th; ligature of left common carotid on 59th; hoarseness followed by sudden aphonia; on same day as haemorrhage; bursting of retro-pharyngeal abscess after application of ligature; recovery with fixation of left vocal cord. With remarks by F. A. Mahomed. — Transactions of the clinic. soc. of London. 1882—83, XVI, p. 21—25.

Peters, J. C. Scarlet fever and measles in dogs and cats. — New York med. Journ. XXXIX, p. 68.

Peters, J. C. Scarlet fever in horses. — Journ. of compar. med. and surg. New York, V, p. 134—145.

Stickler, J. W. Scarlatinal angina following exposure to a case of equine scarlatina. — Med. Record. New York, XXV, p. 349.

Stickler, J. W. Abstract of the investigations thus far made

in the use of equine scarlatinal virus. — Journ. of compar. med. and surg. New York, V, p. 145—149.

Walker, J. T. A case of scarlatina, commencing with convulsions, followed by coma and hemiplegia. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, L, p. 161—164.

Whipham, T. Two cases of enteric fever accompanied by an erythematous eruption resembling that of scarlatina. — Transactions of the clinic. soc. of London. 1882—83, XVI, p. 150—157.

Scarlet fever in Talcottville. — Report of Board Health Connect. 1883. Hartford, 1884, VI, p. 279—282.

Galvagno, P. L'epidemia morbillosa in Adernò (Catania) con speciali accenni alla igiene e terapia infantile. — Revista ital. di terap. e igiene. Piacenza, 1883, III, pp. 341, 361.

Ott, L. Case of unilateral spasm, hemiplegia, and aphasia, following measles in a child. — Med. News. Philadelphia, LXIV, p. 451 bis 453; Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 534; Polyclin. Philadelphia, 1883—84, I, p. 150—152.

Saussol. Épidémie de rougeole à Montpellier en 1883; laryngite striduleuse à la fin d'une éruption. — Gaz. hebdomad. d. sc. méd. de Montpellier. 1883, V, p. 613—617.

Steeves. German measles. — British med. Journ. London. I, p. 225.

Trastour. A propos de la roubéole ou Rötheln des Allemands. — Gaz. méd. de Nantes. 1883—84, II, p. 35—37; Union méd. Paris, 1884, 3 Sér. XXXVII, p. 73.

Antony. De l'efficacité des inoculations vaccinales multiples. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, 1883, II, p. 213—217.

Boëns, H. La variole, le vaccin et le vaccinides en 1884. — Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belg. Bruxelles, 3 Sér. XVIII, p. 21—141.

Böing. Die Impffrage in der Petitions-Commission. Eine Streitschrift wider die Herren Dr. Thilenius, Dr. Struck, Köhler und Koch; zugleich ein Mahnwort an den Reichstag. Leipzig, 1883, 8°, p. 32.

Braun, G. P. Ueber einen therapeutischen Versuch in der Behandlung der Pocken. — Prager med. Wochenschr. IX, p. 21.

Chambard, E. Préparation et emploi de l'électuaire vaccinal de l'Institut municipal de vaccination. — Lyon méd. XLV, p. 239—242.

Charpentier. Variole simple; injection sous-cutanée d'éther; paralysie consécutive du membre inférieure droit. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, p. 381—384.

Dauchez, H. Des éruptions vaccinales généralisées (vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination. Thèse. Paris, 1883, 4°, p. 48.

Duluc. Rapport sur le cowpox spontané d'Eysines. — Mémoires et Bulletin de la soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1882). 1883, p. 14—32.

Dumontpallier. Rapport à M. le Recteur de l'Académie de Paris, sur la revaccination obligatoire dans les lycées et des colléges, en réponse à une lettre du docteur Ancelon de Nancy, addressé le 11 octobre 1883 à M. le Ministre de l'Instruction publique. — Bullet. et mémoires de la soc. méd. d. hôpit. Paris, 4 Sér. I, p. 16—24.

Eulenburg, H. Ueber die Wirksamkeit der kön. preuss. Impf-Institute im Jahre 1882. — Vierteljahrsch. f. gerichtl. Med. Berlin, N. F. XL, p. 136—143.

Fabius, J. C. Feiten en woorden. De Delftsche vaccinatie-motie in het ware licht gesteld. M. Amsterdam. 8°.

Gilebs, G. S. Vaccination. — Journ. of sciences. London, 3 Ser. VI, p. 127—134.

Gros. De quelques accidents nerveux compliquant la variole et la varioloïde. — Alger méd. 1883, XI, p. 353—359.

Hampe, C. Das Impfwesen auf der Hygiene-Ausstellung zu Berlin. — Monatsbl. f. öff. Gesundheitspfl. Braunschweig, 1883, VI, p. 181—185.

Hennoch, E. Nephritis nach Varicellen. — Berliner klin. Wochenschrift. XXI, p. 17.

Holt, L. E. A case illustrating. 1) the development of scrofulosis after vaccination in a child previously healthy; 2) acute bronchopneumonia with a low temperature. — Arch. of Pediat. Jersey City, I, p. 163—167.

Janssen, H. A. Nephritis na varicella. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XX, p. 223.

Keuchenius, L. W. C. Vaccine en vaccinedwang. 2. druk. Amsterdam, 8°.

Kranz. Zur Geschichte der Einführung der Schutzpockenimpfung in Baiern. — Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. Nürnberg, XXXV, p. 149—155.

Kupferschmid, A. Ueber Schutzimpfung resp. Revaccination und Nothimpfung. — Mittheil. d. Vereins d. Aerzte Nieder-Oesterreichs Wien, 1883, IX, p. 269—278.

Mauriac. Contribution à l' étude de l' épidémie de variole qui a sévi à Bordeaux pendant les années 1880 et 1881 (prophylaxie et statistique). — Mémoires et bulletin de la soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1882) 1883, p. 64—84.

Makuna, M. S. Small-pox and vaccination statistics; injuries to health, and deaths, attributed to vaccination. — British med. Journ. London, I, p. 52.

Meinel. Die Mailänder Methode der animalen Vaccination auf Grund der Erfahrungen der Metzer Impfanstalt. — Deutsche Viertel-jahresschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. Braunschweig, XVI, p. 270—281.

Mori, R. Relazione sulle vaccinazioni eseguite nella primavera del 1883 nel circondario di Cesena. — Il Raccoglitore med. Forli, 1883, 4 Ser. XX, p. 623—636.

Mossé, A. Prophylaxie de la variole; les revaccinations. Montpellier, 8°.

Nikotin, N. M. Variola nigra. — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, 1883, III, p. 577—581.

Niven, J. A clinical account of small-pox. — Edinburgh med. Journ. 1883—84, XXIX, pp. 615, 715.

Oidtmann, H. und Karl Löhnert. Graphisches A B C-Buch für Impffreunde. Leipzig, 1883, 8°, p. 26 und 3 Taf.

Ornstein, B. Ein Beitrag aus Griechenland. Zur Pocken- und Impffrage. — Mittheil. d. Vereins d. Aerzte in Nieder-Oesterreich. Wien, X, pp. 45, 61.

Pioch. Note sur le traitement de la variole par le badigeonnage avec la teinture d'jode glycérinée. — Lyon méd. XLV, p. 143—147.

Playfair (Lyon) and C. Dulke. Facts about vaccination. Speeches in Parliament. London, 1883, 12°, p. 30.

Quinquaud, E. Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole (fausse ataxie). — Encéphale. Paris, IV, p. 33—47.

Quist, C. On den mikroskopiska undersoekningen af vaccinämnet. — Finska laekare saellsk. Handlingar. Helsingfors, 1883, XXV, p. 271—283; Résumé: De l'examen microscopique du vaccin. Ebenda p. 330—335.

Quist, C. De la culture artificielle du vaccin. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér., XXI, p. 91—94, schwedisch in „Hygiea“.

Stockholm, XLVI, p. 203—208; Finska laekare saellskab. Handlingar. Helsingfors, 1883, XXV, p. 341—348: deutsch in Berliner klin. Wochenschr. 1883, XX, p. 811—813; englisch in Glasgow med. Journ. 1884, XXI, p. 148—151.

Rachel, G. W. A case of nephritis after an attack of varicella. — Arch. of Pediat. Jersey City, I, p. 250—253.

Ress, R. The Mayor of Dover on the vaccination laws. — Lancet London, I, p. 208.

Scheby-Buch. Die Conservirbarkeit der animalen Lymphe. — Allgem. med. Central-Zeitg. Berlin, LIII, p. 177—179.

Stephens, J. B. Treatment of small-pox; a clinical report of a case. — Southern Practitioner. Nashville, VI, p. 65—70.

Vinay, C. Création et organisation d' un hôpital d' isolement pour les varioleux. — Lyon méd. XLV, p. 298—310.

Wilson, E. T. On the influence of small-pox hospitals. — Lancet. London, I, p. 246.

Reichsimpfgesetz, insbesondere der Impfzwang. Erkenntniss des Hessischen Oberlandesgerichtes vom 11. December 1883. — Deutsche med. Zeitg. Berlin, V, p. 13.

Un nouveau cas de cow-pox spontané; recueilli par le service municipal de la vaccine à Bordeaux. — Revue sanit. de Bordeaux etc. 1883—84, I, p. 17.

Hospitals for contagious diseases, and their proper location; considered more especially in regard to the safety of neighbouring dwellers from the infection of small-pox. — Report Board Health Jowa. Des Moines, 1883, II, p. 373—384 u. 2 Taf.; auch in Sanitarian, New York, 1884, XII, p. 93—104.

Anton, C. Masern, Scharlach und sonstige erbliche Hautausschläge. Ein ... Rathgeber für jede Familie. Regensburg, 8°.

Herzfeld, Paul. Ueber des gleichzeitige Auftreten zweier acuter contagiöser Exantheme bei ein und demselben Individuum. Inaugural-Abhandlung. (Halle) Torgau, 1883, 8°, p. 31.

Kerschensteiner, von. Die Verbreitung von Masern, Scharlach und Blattern; ein Stück zur Schulgesundheitspflege. — Vorträge über Gesundheitspfl. und Rettungsw. Berlin, 1883, I, Nr. 10, p. 1—19.

Móore, N. Ulceration of the larynx from a case of measles, and from a case of scarlet fever. — Transactions of the pathol. soc. of London 1882—83, XXXIV, p. 22.

Alpago-Novello, L. Il grano turco e la pellagra. Treviso, 1883, 16°.

Babinski. Sur un cas de pseudo-pellagre. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér. I. p. 42—45.

Paladini, R. Pellagra od alcoolismo? — Gazz. med. ital. lombard. Milano, 8 Ser., VI, p. 18.

Tonnini. Sintomi e reperti spinali nei pellagrosi. — Arch. di psichiat. etc. Torino, 1883, IV, p. 509—511.

Arloing, Cornevin et Thomas. Recherches experimentales sur la maladie infectieuse appelée charbon symptomatique ou bactérien. — Revue de méd. Paris, IV, p. 38—59.

Ashhurst, J. jr. Clinical lecture on the treatment of carbuncle by compression. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 409—411.

Blažeković, F. Zur Präventiv-Inoculation Pasteur's. — Oesterreich. Monatsschr. f. Thierheilk. Wien, VIII, p. 17—19.

Bleuler. Ueber den Milzbrand beim Menschen und die Milzbrandimpfung. — Correspond.-Blatt f. schweiz. Aerzte. Basel, XIV, pp. 153—157, 182—190.

Bonfigli, C. Sulla cura della pustola maligna. — Il Raccoglitore med. Forli, 1883, 4 Ser., XX, p. 525—530.

Bryant, T. A case of charbon, or malignant pustule — Transactions of the pathol. soc. of London. 1882—83, XXXIV, p. 293 u. 2 Taf.

Chambrelent, J. et A. Moussous. Expériences sur le passage des bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints du charbon. — Journ. de méd. de Bordeaux 1883—84, XIII, p. 403 bis 405.

Cortezão, A. Pustula maligna tratada pelo acido phenico. — Coimbra med. IV, p. 23—25.

Delamotte. Enzootie de charbon bactérien sans tumeurs extérieures. — Recueil de méd. véter. Paris, 6 Sér. XIII, p. 96—104.

De Pietra Leone, E. L'iodoformio contra la pustola maligna. — Arch. clin. ital. Roma, 1883, XIII, p. 321—323.

Griffin, A. C. A case of malignant pustule caused by the bite of a fly. — New York med. Journ. XXXIX, p. 410.

Jeannel, S. Du charbon chez l'homme traité par cautérisations ponctuées superficielles. Montpellier, 8°. — Aus Montpellier méd.

Koch, R., Gaffky und Löffler. Experimentelle Studien über die künstliche Abschwächung der Milzbrandbacillen und Milzbrandinfection durch Fütterung. — Mittheil. a. d. königl. Gesundheitsamte. Berlin, II, p. 147—181.

Mahomed, F. A. Case of malignant anthrax (charbon), with anthracoid affection of intestine, stomach and lung. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1882—83, XXXIV, p. 294—297.

Perroncito, E. Sulla trasmissione del carbonchio col mezzo delle vie digerenti. — Arch. per le scienze med. Torino, 1883—84, VII, p. 311—318.

Putz, H. Ueber die Milzbrandimpfungen Pasteur's. Leipzig, 8°. p. 27.

Warrikoff, Hugo. Ueber die Wirkungen einzelner Antiseptica auf das Milzbrandcontagium. Leipzig, 8°, p. 51.

Michelson, P. Ueber Dujardin-Beaumetz's „Femme autographique“ und Urticaria facticia im Allgemeinen. — Berlin. klin. Wochenschrift XXI, p. 84—87.

Ram Kishen. Urticaria. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 76.

Horrocks, P. Bromide rash simulating erythema nodosum. — Transactions of the path. soc. in London, 1882—83, XXXIV, p. 272.

Horrocks, P. Unusual bromide rash. — Ebenda, p. 273.

Talamon, C. Sur une éruption cutanée, simulant l' érythème noueux, due à l'iodure de potassium. — France méd. Paris, I, pag. 90—92.

Neuritische Dermatosen.

Ancona, V. Studio sopra un caso di erpete zoster al braccio sinistro; quale contribuzione alle dermatosi trofoneuritiche. — Giornale med. ital. prov. venete. Padova, 1883, XXVI, p. 417—419.

Curschmann, H. und C. Eisenlohr. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes Zoster. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1883—84, XXXIV, p. 409—418.

Doyon, A. et P. Diday. Observation d'herpés labial récidivant non fébrile. — Annales de dermat. et syphil. Paris, 2 Sér., V, p. 152—155.

Jackson, G. T. An unusual case of herpes facialis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 40—42.

Landouzy. Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes. — Journ. des connais. méd. prat. Paris, 3 Sér., VI, p. 19.

Van Harlingen, A. Two cases of herpes of somewhat unusual character. — Polyclinic. Philadelphia, 1883—84, I, p. 145—147.

Henschen, S. E. Från den med. Kliniken in Upsala år 1882—83. Ett fall af symmetrisk pemphigus hos en fullväxt qvinna. — Upsala Läkare. Förhandlingar. XIX. p. 144—149.

Arnozan, X. Plaie du nerf médian et du nerf cubital; troubles trophiques de la peau, des ongles, des poils, de la sécrétion sudorale. — Journ. de méd. Bordeaux. 1883—84, XIII, p. 308.

Régis, E. Un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale progressive. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér. I, p. 124.

Jamieson, W. A. Papilloma neuroticum in a boy aet. 12. — Transactions of the méd.-chir. soc. of Edinburgh. 1882—83, N. S. II, p. 74.

Le Page, J. F. On neuropathic plica. — British med. Journ. I, p. 160.

Ollivier, A. Les manifestations cutanées de la chorée chez les enfants. — Revue mens. d. malad. de l'enfant. — Paris, II, pag. 170—175.

Nettleship, E. and C. Higgens. A case of morphoea in the region of the first and second divisions of the fifth nerve, with paralysis of the intra-ocular branches of the third nerve. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 199—202.

Stauungs-Dermatosen.

Jamieson, W. A. Acute circumscribed cutaneous oedema. — Transactions of the med.-chir. soc. of Edinburgh. 1882—83, N. S. II, p. 86—93.

Worms. Demonstration eines Falles von Hautemphysem. — Berliner klin. Wochnschr. XXI, p. 105.

Barlow, T. Sclerema neonatorum. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 262.

Eve, F. S. Congenital hypertrophy of the foot and leg, especially of the skin and subcutaneous tissue, of the sole. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1882—83, XXXIV, p. 298—300.

Everke, Karl. Ueber Elephantiasis congenita cystica. Inaugural-Abhandlung. Marburg, 1883, 8°, p. 14, u. 1 Taf.

Gardner. Elephantiasis of the labia minora and clitoris; operation; death from pyaemia three weeks later. — Canada med. and surg. Journ. Montreal, 1883—84, XII, p. 432,

Goodhart, J. F. A case of diffused scleroderma. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83. XVI, p. 249—251.

Mathieu, A. Sclérodermie d' abord symétrique, puis disséminée, précédée au debut par des phénomènes d' asphyxie des extrémités. — Revue de méd. Paris, IV, p. 180—185.

Moncorvo et Silva Araujo. Du traitement de l' éléphantiasis des Arabes par l' éléctricité. — Compt. rend. Acad. des sciences. Paris, XCVIII. p. 535.

Nicolich, G. Sulla sclérodermia degli adulti. — Lo sperimentale. Firenze, 1883, LII, p. 363—389 u. 1 Taf.

Ohier, Louis. Le masque sclérodermique. Thèse. Paris, 1883, 4°, p. 88 u. 2 Taf.

Poisson, L. Sclérodermie typique de la face, du col et des extrémités (sclérodactylie); mort par accidents urémiques probables; observation pour servir à l' histoire des dermatoscléroses. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 148—151.

Riehl, G. Scleroderma. — Aerztl. Bericht d. k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien (1882) 1883, p. 205.

West, S. A case of acute diffused scleroderma. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 252—254.

Allan, J. Myxoedema; death; necropsy. — British med. Journ. London, I, p. 267.

Ball, A. B. The possible relation of myxoedema to absence or disease of the thyroid gland. — New York med. Journ. XXXIX, p. 253.

Bianchi, A. La cachessia pachidermica o missoedema. — Lo Sperimentale. Firenze, 1883, LII, p. 420—435.

Coxwell, C. F. A child with symptoms resembling those of myxoedema. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 75—79.

Ginie, J. A. De la cachexie pachydermique (myxoedema des auteurs anglais). Montpellier, 1883, 4°.

Lunn, J. R. Cases of myxoedema. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 263 u. 1 Taf.

Mackenzie, S. A case of myxoedema in a male. — Ebenda, p. 260.

Suckling, C. W. Myxoedema. — Birmingham med. Review. XV, p. 156—158.

Cavafy, J. Symmetrical congestive mottling of the skin. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 43 bis 48 u. 3 Taf.

Colleville. Sur un cas de gangrène symmétrique des extrémités d' origine rhumatismale. — France méd. Paris, I, p. 126—129.

Fernández Sanz, J. Gangrena de los piés en un hombre de sesenta años de edad, producida por el frio, presentando los caracteres de la gangrena seca; efectos funestos de los cáusticos; excelentes resultados de las curas tardias; curación. — Génio méd.-quirurg. Madrid, 1883, XXIX, p. 570.

Makins, G. H. A case of spontaneous gangren of toes in a child; with some remarks on its nature and its resemblance to the symmetrical gangrene of Raynaud. — St. Thomas's Hospital Report 1882, London, 1883; N. S. XII, p. 155—163.

Monod, C. Du mal perforant. — Progrès méd. Paris, XII, p. 20.

Owen, E. Perforating ulcer of the foot in a child; with remarks. — Lancet. London, I, p. 611.

Southey, R. A case of local asphyxia; symmetrical gangrene. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 167 bis 179 u. 1 Taf.

Verdalle. Asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités; athérome artériel généralisée. — Mémoires et bullet. de la soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1882) 1883, p. 272—279.

Dupouy, E. Considérations sur l' ainhum. — Arch. de méd. naval. Paris, XLI, p. 260—263.

Hämorrhagische Dermatosen.

Casella, G. Su di una nuova forma di porpora emorragica. — Arch. di patol. infant. Napoli, 1883, I, p. 262—264.

Quelliot, A. Note sur trois cas de purpura infectieux foudroyant. — Union méd. et scient. du nord-est. Reims, VIII, p. 25—37.

Lavallée, A. Purpura chloroformique. — Annales de derm. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 78—80.

Legg, J. W. A case of rheumatic purpura; with notes. — St. Bartholom. Hosp. Report. London, 1883, XIX, p. 176—196.

Leloir, H. Contribution à l'étude des purpuras. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 1—14.

Russell, W. Micro-organisms in purpura haemorrhagica. — British med. Journ. London, I, p. 507.

Lingenfelder, P. Morbus maculosus Werlhofii. — Weekly med. Review. Chicago, IX, p. 152—154.

Thomayer, J. Morbus maculosus Werlhofii mit ausgedehnten peritonealen Hämorrhagien. — Aerztl. Bericht d. k. k. allgem. Krankenhauses zu Prag (1881). 1883, p. 133—136.

Beurmann, de. Étude sur les causes et les symptômes du scorbut des prisonniers. — Arch. générales de méd. Paris, I, pp. 161, 445.

Freud, S. Ein Fall von Hirnblutung mit indirecten basalen Herdsymptomen bei Skorbut. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, pp. 244, 276.

Godlee, R. J. Case of socalled scurvy rickets. — Lancet. London, I, p. 60.

Owen, E. A case of infantile scurvy. — Ebenda, p. 246.

Petrone. Sull' infezione scorbutica. — Gazz. d. ospit. Milano, 1883, IV, pp. 713, 729, 761, 777.

Rondot, E. Le scorbut dans la marine marchande; nécessité de créer un contrôle médical des approvisionnement, à propos des épidémies développées sur trois bâtiments du port de Bordeaux en 1883. — Revue sanit. de Bordeaux etc. 1883—84, I, p. 29—31.
Scurvy and merchant shipping. — Lancet. London, I, p. 491.

Idioneurosen der Haut.

Bronson. Prurigo associated with eczema. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 44.

Epidermidosen.

Fox, G. H. The „Alligator boy" a case of ichthyosis. — Journ. of cutan. and venereal diseases. New York, II, p. 97—99 u. 1 Taf.

Straube, H. Ein Fall von Ichthyosis congenita. Inaugural-Abhandlung. Marburg, 1883, 8°, p. 18 und 1. Taf.

Cadell, F. Note on treatment of warts on the genitals by chromic

acid. — Transactions of the med.-chir. soc. of Edinburgh, 1882—83, N. S. II, p. 72.

Parker, W. T. Horny excrescence on the temple. — Virginia med. Monthly. Richmond, 1883—84, X, p. 793—795.

Ram Kishen. Horn on the back. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 49.

Jackson, G. T. Dandruff; what it is, and how to cure it. — Med. Record. New York, XXV, p. 428—430.

Jamieson, W. A. Woman, aet. 37, suffering from lichen ruber. — Transactions of the med.-chir. soc. of Edinburgh, 1882—83, N. S. II, p. 94.

Riehl, G, Lichen ruber planus. — Aerztl. Bericht des k. k. allgem. Krankenh. zu Wien (1882) 1883, p. 195.

Cole, T. A case of pityriasis rubra. — Practitioner. London, XXXII, p. 36.

Cundell-Juler. The treatment of psoriasis. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. XII. p. 65—70.

Godlee. Hereditary white patch of hair. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 180.

Reinhard, C. Ein Fall von periodischem Wechsel der Haarfarbe. — Virchow's Archiv. Berlin, 1883, XCV, p. 337—351.

Hildebrandt. Ueber das Einwachsen des Grosszehennagels. — Deutsche med. Wochenschr. X. p. 85.

Petersen, F. Zur Operation des eingewachsenen Nagels. — Ebenda, p. 196.

Viñals, F. Tratamiento quirurgico del onixis. — Revista de med. y cirug. práct. Madrid, XIV, p. 212—215.

Ashhurst, J. jr. Sebaceous cyst of the neck; removal. — North Carolina med. Journ. Wilmington, XIII, p. 113.

Dechambre. Observation de chromidrose. — Bulletin de l'Acad. de méd. Paris, 2 Sér. XIII, p. 469—471.

Le Roy de Méricourt. Chromidrose. — Ebenda p. 425—428.

Corley, A. H. The pathology of dysidrosis. — Transactions of the Acad. med. of Ireland. Dublin, 1883, I, p. 203—209.

H. J. S. A curious case of albinism. — Popular science Monthly. New York XXV, p. 122.

Fletcher, R. Tattooing among civilized people. — Transactions of the anthropolog. soc. Washington, 1882—83, II, p. 40—68.

Smyly, W. J. Sudden change in the colour of the hair and skin in an infant. — Transactions of the Acad. med. of Ireland. Dublin, 1883, I, p. 111—113.

Parker, W. T. Four cases of nevus maternus, related from the observation of Benjamin Parker. — Arch. of Pediat. Jersey City, I, p. 84—87.

Vanderburg, M. W. A congenital umbilical naevoid tumor. — Homoeopath. Journ. of Obstetric. New York, 1883—84, V, p. 285 —288.

Holmgren, F. Undersoekningar till forklaring af hudfargens anmaerkta foeraendring efter oefvervintring i polartrakterna, utförda under den senarte svenska Spetsbergsexpeditionen af dess laekare R. Gyllen Creutz. (Färbung der Haut nach einem Winter in der Polarregion.) — Upsala laekaref. Foerhandlingar. XIX, p. 190—230.

Church, H. M. Case of Addison's disease at an unusually early age, with description of microscopic sections of the supra-renal capsules. — Edinburgh clin. und pathol. Journ. 1883—84, I, p. 458—460.

Erőss, J. Ein Beitrag zur Addisonischen Krankheit bei Kindern. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, p. 133; aus Orvosi hetilap. Budapest, XXVIII, p. 14—16.

Goodhart, J. F. Dissection of the abdominal sympathetic from a case of Addison's disease. — Transactions of the pathol. soc. of London. 1882—83, XXXIV, p. 271.

Greene, W.W. Addison's disease without melasma causing death by syncope, apparently from seasickness. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1882—83, XXXIV, p. 270.

Rich, C. Supra-renals from Addison's disease. — Liverpool med.-chir. Journ. IV, p. 228—230.

Babinski. Épithélioma tubulé de la peau de la région fessière développé au dépens du corps muqueux de Malphigi. — Progrès méd. Paris, XII, p, 28.

Bowlby. Notes of a case of epithelioma of the external ear. — Lancet. London, I, p. 427.

Bryant. Cases of epithelioma originating in chronic ulcers or in cicatrix. — Ebenda, p. 341.

Cohen, J, Solis. A case of thyrotomy for morbid growth with subsequent development of epithelioma in the cutaneous cicatrix, but without involvement of the interior of the larynx. New York, 1883, 8°. — Aus: Transactions of the Americ. laryngol. Association. 1883.

Cozzolino, V. Epitelioma della cute del naso (cancroide acneico atrofico) operato mediante il termo-cauterio Pacquelin. — Gazz. d. ospit. Milano, 1883, IV, p. 755.

Haymond, W. S. A case of epithelioma of the auricle and its entire removal. — Indiana med. Journ. Indianapolis, 1883—84, II. p. 111—113.

Hirigoyen, L. Épithélioma primitif de la vulve. — Mémoires et Bulletin de soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1882) 1883, p. 376—381.

Humbert. Épithélioma développé sur une ancienne cicatrice. — Médecin prat. Paris, V, p. 25—30.

Lawson, G. Two cases of epithelioma occurring on tight cicatrices. — Transactions of the clinic. soc. of London. 1882—83, XVI, p. 238—240.

Shepherd. Epithelioma of tongue; excision; erysipelas; circumscribed gangrene of lung; perforation of branch of pulmonary artery. — Canada med. Record. Montreal, 1883—84, XII, p. 79.

Gerster, A. G. Plastic operation for rodent ulcer. — New York med. Journ. XXXIX, p. 309.

Dauchez, H. Hydroa pulsatile à répétition; pemphigus terminal; mort. — France méd. Paris, I, p. 185—187.

Legg, J. W. Cases of congenital pemphigus, persistent from birth. — St. Bartholom. Hosp. Report. London, 1883, XIX, p. 197—202.

Payne, J. F. Two cases of pemphigus. — St. Thomas Hosp. Report. 1882. London, 1883, N. S. XII, p. 187—202 u. 1 Taf.

Riehl, G. Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus acutus. — Wien. med. Wochenschr. 1883, XXXIII, p. 1517—1521.

Riehl, G. Pemphigus vulgaris. — Aerztl. Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Wien (1882) 1883, p. 194.

Chorioblastosen.

Avanzini, A. von. Lupus Willani bei zwei Geschwistern. — Bericht des naturwissensch.-med. Vereines in Innsbruck, 1882—83, XIII, p. 40—44.

Benson, A. H. Lupus of conjunctivae, with lupus of gums and of the pharynx and nose. — Transactions of the Acad. med. of Ireland. Dublin, I, p. 363.

Clutton, H. H. Case of keloid following lupus scraping, and the subsequent development of keloid in other operation wounds. — Transactions of the pathol. soc. of London. 1882—83, XXXIV, pag. 273—278.

Cornil, V. et H. Leloir. Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. — Arch. de phys. norm. et pathol. Paris, 3 Sér. III, p. 325—344 u. 1 Taf.

Doutrelepont, J. Zur Therapie des Lupus. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 1—5.

Gun, J. Notes on the treatment of lupus. — Canada Lancet. Toronto, 1883—84, XVI, p. 234.

Lamaison, H. Du lupus érythémateux. Montpellier, 4°.

Lermoyez. Du traitement du lupus par les injections d'éther. Paris, 1883, 8°. — Aus: Bulletin général de thérap.

Macdonald, A. Lupus of the vulvo-anal region; with case. — Edinburgh med. Journ. 1883—84, XXIX, p. 909—918 u. 1 Taf.

Martin, H. Étude critique des opinions diverses qui ont cours aujourd'hui dans la science sur l'étiologie et la nature du lupus. — Annales de dermat. et syph. Paris, 1883, 2 Sér. IV, p. 699—708.

Morison, R. B. Lupus and its relation to tuberculosis. — Amer. Journ. of the med. sciences. Philadelphia. N. S. LXXXVII, p. 411 bis 416.

Unna, P. G. Die Ziele und Resultate der neuesten Lupusbehandlung. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 50—64.

Weinlechner. Lupus an der Oberlippe, am Zahnfleische und harten Gaumen, mit scrophulöser Hauterkrankung im Gesichte durch Auskratzung geheilt. — Aerztl. Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Wien (1882) 1883, p. 252.

Jarisch, A. Ueber Tuberculose der Haut. — Wiener med. Blätt. VII, pp. 290, 324.

Mannino, L. Sull' identità di natura del lupus e della tuberculosi. — Gazz. d. ospit. Milano, 1883, IV, pp. 730, 749.

Brandt, V. F. Sluchai leprae tuberosae. — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, 1883, October, p. 39—51.

Fox, G. H. Biblical and modern leprosy. — Popular science Monthly. New York, 1883—84, XXIV, p. 797—800.

Goldschmidt, J. Die Lepra auf Madeira. — Berlin. klin. Wochenschrift XXI, p. 134—136.

Grönvold, C. Leprosy in Minnesota; report to the State Board of Health. — Chicago med. Journ. and Examin. XLVIII, p. 133—139; Journ. of the Americ. med. Association, Chicago, II, p. 183—185.

Hillis, J. D. The bacilli of leprosy. — Transactions of the pathol. soc. of London. 1882—83, XXXIV, p. 289 u. 1 Taf.

Lortet. De la lèpre tuberculeuse en Syrie; notes d'un voyageur en 1880. — Lyon méd. XLV, p. 48—54.

Maître, L. Les leproseries du comte Nantais. — Gaz. méd. de Nantes. 1883—84, II, p. 49—51.

Majocchi, D. e C. Pellizzari. Studi ematologici nei leprosi. — Arch. d. scuola d' anatom. patol. Firenze, 1883, II, p. 37—52.

Rollet, J. De la lèpre tuberculeuse en Syrie; notes d'un voyageur en 1880, par M. Lortet. Rapport. — Lyon méd. XLV, p. 118—123.

Tyson, W. J. Case of lepra tuberculosa (tubercular leprosy). — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 163 bis 165.

Leegaard, C. Nogle ord om den glatte form of spedalskhed fra et nevropatologisk standpunkt. C. r. Quelques mots sur la forme lisse de la lèpre au point de vue névropathologique. Nr. 22. — Nordisk med. Archiv. Stockholm, 1883, XV, N. 19. p. 1—12.

Lang, E. Rhinosklerom. — Bericht d. naturwissenschaftl.-med. Vereins in Innsbruck, 1882—83, XIII, p. XX—XXV.

Pellizzari, C. Il rinoscleroma. — Arch. d. scuola d' anatom.-patol. Firenze, 1883, II, p. 123—208 u. 5 Taf.

Riehl, G. Rhinoskleroma. — Aerztl. Bericht d. k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien, (1882) 1883, p. 203.

Fabre, P. Du mycosis fongoïde et spécialement de manifestations cutanées de la lymphadénie. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér. I, pp. 52, 61, 73.

Brocq, L. Des nodosités non érythémateuses chez les arthritiques. — Journ. de méd. de Paris, VI. p. 463—470.

Duckworth, D. Two cases of subcutaneous rheumatic nodules. — Transactions of the clinic. soc. London, 1882—83, XVI, p. 52—54.

Fowler, J. K. Notes of a case of subcutaneous nodules occurring in an adult not the subject of rheumatism. — Lancet. London, I, p. 115; Med Press. and Circular. London, N. S. XXXVII, p. 45. British med. Journ. London, I, p. 107.

Rohrschneider, Otto. Ueber die unter der Haut gelegenen

schmerzhaften Geschwülste, sogenannte tubercula dolorosa. Inaugural-Abhandlung. Halle a. S. 1883, 8⁰, p. 38.

Troisier, E. Les nodosités rhumatismales sous-cutanées. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, pp. 385, 393; Progrès méd. Paris, XII, p. 3—5.

Arnaud. Note sur un case d' enchondrome ulcéré du pied. — Marseille méd. XXI, p. 65—83.

Malassez, L. Lipome myxomateux de la face profonde de la peau, à la région inguinale. — Progrés méd. Paris, XII, p. 174.

Chambard, E. La structure ét la signification histologique du xanthélasma, d' après M. le Prof. Carlo de Vincentiis, et la théorie parasitaire de cette affection, d' après M. le Dr. Balzer. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., V, p. 81—92.

Eichhoff. Mittheilung eines Falles von Xanthelasma planum et tuberculosum multiplex. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 52.

Morris, M. A case of so-called xanthoma tuberosum. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1882—83, XXXIV, p. 278 bis 286 u. 1 Taf.

Arnozan, X., et L. Prioleau. Sur les dermatofibromes congénitaux généralisés. — Annales de dermat. et syph. Paris, 1883, 2 Sér. IV, p. 689—698.

Hering, T. Mnogie włókniaki skóry i błony śluzowej krtani (Zahlreiche Fibrome der Haut und der Schleimhaut des Larynx). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser. IV, p. 47—58.

Dauchez, H. et P. Le Gendre. Sarcomatose cutanée généralisée; troubles cérébraux oculaires et trophiques pouvant faire admettre une généralisation des néoplasmes dans les centres nervaux; asthénie cardio-vasculaire terminale. — France méd. Paris, 1883, II, p. 905—907.

Taylor, F. Sloughing lympho-sarcoma of the back, with other lesions of the skin, and internal organs. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1882—33, XXXIV, p. 247—258 u. 2 Taf.

Dermatomykosen.

Hutchinson, J. The cryptogam group; a student's lecture. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 413—417.

Besnier, E. Sur le traitement de la teigne tondante. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, p. 61—63.

Besnier, E. Rapport sur une note de M. Cramoisy, intitulée: Traitement des teignes; considérations générales sur les affections parasitaires. — Bulletin de l' Acad. de méd. Paris, 2 Sér. XIII, pag. 18—32.

Ladreit de Lacharrière. Traitement de la teigne tondante. — Courrier méd. Paris, XXXIV, p. 22—24.

Shoemaker, J. V. Treatment of ringworm without epilation. — Journ. of Americ. med. Associat. Chicago, II, p. 315.

Tylor, R. W. Note on the treatment of eczema marginatum and of ringworm in general. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 42.

Balzer, F. De l' érythrasma (Microsporon minutissimum). — Annales de dermat. et syph. Paris, 1883, 2 Sér. IV, p. 681—688.

Fox, C. Impetigo contagiosa. — Lancet. London, I, p. 527.

Schütz. Ueber das Eindringen von Pilzsporen in die Athmungswege und die dadurch bedingten Erkrankungen der Lungen und über den Pilz des Hühnergrindes. — Mittheil. a. d. kgl. Gesundheitsamte. Berlin, II, p. 208—227.

Venerische Krankheiten.

Allgemeine Abhandlungen und Geschichte.

Avanzini, A. von. Bericht der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Prof. Dr. E. Lang in Innsbruck für das Solarjahr 1882. — Bericht des naturwissenschaftl.-med. Vereines in Innsbruck. 1882—83, XIII, p. 1—48 u. 1 Taf.

Howe, Joseph W. Excessive venery, masturbation, and continence. The etiology, pathology, and treatment of the diseases resulting from venereal excesses, masturbation, and continence. New York, 1883, 8°, p. 291.

Idelson, E. M. Venericheskija zabolie ivanija v voiskach goroda Kazani v 1880, 1881—82 g. — Dnevnik Obsh. g. Kazani, 1883, VII, p. 402—414.

Lang, Eduard. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Mit Holzschnitten. Wiesbaden, 8°, 1. Hälfte, pp. XIV, 198.

Fracastor. A syphilis (übersetzt nach dessen lateinischem Ge-

dicht von Bettencourt Raposo). — Med. contemp. Lisboa, 1883, I, p. 1, 17, 85, 125; 1884, II, pp. 25.

Grünbeck, Joseph. De la mentulagre ou mal français. Traduit par le A. Corlieu (Collection des syphilographes). Paris, 8°, p. 81.

Purjesz, S. sen. Nicolaus Leonicenus auf dem Gebiete der Syphilidologie; Beitrag zur Geschichte der Syphilis. — Virchow's Arch. Berlin, XCV, p. 273—293.

Purjesz, S. sen. Hieronymus Fracastorius (1483), ein Syphilidolog des 16. Jahrhunderts. Beitrag zur Geschichte der Syphilis. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, pp. 317, 353, 385.

Gonorrhoe und ihre Folgezustände.

Aikins, W. H. B. Pyuria. — Canada Pract. Toronto, IX, pag. 97—102.

Aubert, P. Moyen pratique de limiter les injections à l'urèthre antérieur. — Lyon méd. XLV, p. 173.

Bauer, J. L. Treatment of gonorrhoea, epididymitis and orchitis. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, I, p. 70—72.

Beale, L. S. Note on gallic acid in haemorrhage from the urinary organs. — Lancet. London, I, p. 466.

Bécour. Des injections intra-utérines contre les flueurs blanches, l'haemorrhagie et la rétention placentaire. — Annales de la soc. de méd. d'Anvers, 1883, XLIV, pp. 597, 653.

Bergh, R. Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der urethritischen Epididymitis. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, III, Nr. 6.

Boureau, F. Des ulcérations du col de l'utérus, d'origine blennorrhagique, et de leur traitement par les cautérisations à l'acide nitrique fumant et la poudre de sous-nitrate de bismuth. — Journ. de méd. de Paris. VI, pp. 529, 566.

Cabriel, A. Considérations sur les déviations de la blennorrhagie vers les organes générateurs et sur leurs complications. Montpellier, 1883, 4°.

Dérignac et Moussous. Endocardite blennorrhagique. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér. I, p. 75—77.

Drouet, A. Traitement de l'orchite par un simple bandigeon inguinal à l'acide phénique. — Quinzaine méd. Paris, III, p. 502—504.

Fürbringer, Paul. Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Für Aerzte und Studirende dargestellt. Braunschweig, 8°, pp. XII, 379; auch unter: „Wreden's Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher. Band VIII."

Galbraith, T. S. Gonorrhoea complicated with an abscess in the neck of the bladder. — Louisville med. News. XVII. p. 193.

Gant, F. J. Diseases of the bladder, prostata gland and urethra, including a practical view of urinary diseases, deposits and calculi. Vth edition. New York, 8°.

Garland, G. M. The treatment of gleet and gonorrhoeal strictures by Otis's method. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 181.

Gilliland, W. C. Prostatitis. — St. Louis med. and surg. Journ. XLVI, p. 324—330.

Gordon, S. C. The treatment of gonorrhoea. — New York med. Journ. XXXIX, p. 442—444.

Guiard, F. P. Des uréthrites latentes. — Annales d. malad. d. génito-urin. Paris, II, p. 78—114.

Hache. Étude clinique sur la pathogénie des cystitis. — Revue de chir. Paris, IV, p. 161—195.

Keyes, E. L. Experiments with recently recommended remedies in gonorrhoea. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 65—70.

Kraske. Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung, Leipzig, 8°, p. 7. — Aus: Centralblatt f. Chir.

Martineau. Leçons sur la vaginite non blennorrhagique. Paris, 8°. — Clinique gynécol. et syph. de l'hôpital de Lourcine.

Meade, R. H. Clinical remarks on some affections of the urinary organs. — Lancet. London, I, p. 287.

Milton, J. L. On the pathology and treatment of gonorrhoea. Vth edition. New York, 8°, p. 314.

M'Vail, D. C. The treatment of gonorrhoea by open wire bougies. — British med. Journ. London, I, p. 506.

Patenostre, J. De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorrhagique. Paris, 8°.

Skene, A. J. C. Vaginitis and vulvitis. — Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 29.

Ultzmann, R. Zur Behandlung des Blasenkatarrhs bei Frauen.

— Zeitschr. f. Therapie mit Einbezieh. d. Elektr. u. Hydrother. Wien, II, p. 1—4.

Orchitis. — Southern med. Record. Atlanta, XIV, p. 95.

Syphilitische Initialformen, Geschwüre und Bubonen.

Adams, J. E. Chancre on the mucous membrane of the upper lid with marked adenopathy, of three weeks' duration. — Transactions of the ophthalm. soc. U. Kingdom. London, 1882—83, III, p. 113 u. 1. Taf.

Benson, A. A case of hard chancre on the upper eyelid in a boy aged twenty. — Transactions of the Acad. med. of Ireland. Dublin, 1883, I, p. 367.

Danek, F. O wycinaniu wrzodu twardego (Die Excision der harten Schanker). — Przegląd lekarski. Kraków, XXIII, p. 149—151.

Finger, E. Zur Häufigkeit und zum Sitze der syphilitischen Initialsklerose. — Aerztl. Bericht des k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien (1882) 1883. p. 132—136.

Fournier. Gangrène foudroyante de la verge. — Praticien. Paris, VII, p. 4—7.

Fournier, A. Diagnostic et traitement du chancre syphilitique. — Ebenda, p. 123—125.

Hebra, H. von. Abortive Behandlung weicher Schanker. — Wiener med. Presse. XXV, p. 425—428.

Jedanov, A. D. Sluchai trudnago vpravlenija parai-phymosis pri posredstvie davjatshei povjazktesmojun (Reduction der Paraphimose durch eine elastische Bandage). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, 1883, III, p. 614.

Kelsey, C. B. Chancros del ano y de la vulva. — Repertor. méd. New York. II, p. 17—19 u. 1 col. Taf.

Lallemant, C. De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. Paris. 8°.

Lassar, O. Ueber Bubonenbehandlung. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, 1883, II, p. 363—366.

Le Gendre, P. Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale. — Arch. générales de méd. Paris, I, p. 292—307.

Lormand, H. La chaleur et le chancre simple. — France méd. Paris, I, p. 513—517.

Oedmansson, E. Till frågan om excision af den syphilitiska primaeraffektionen. C. r. Contributions à la question de l'excision de l'affection syphilitique primaire. Nr. 22. — Nordisk med. Arkiv. Stockholm, 1883, XV, Nr. 18, p. 1—40.

Simes, J. H. C. Excision of the chancre, considered from the analogy between syphilis and carcinoma. — Polyclinic. Philadelphia, 1883—84, I, p. 147—150.

Snell, S. A case of hard chancre at the inner canthus. — Transactions of the ophthalm. soc. of U. Kingdom. London, 1882—83, III, p. 4—7.

Snowball, W. On phimosis as a cause of reflex nervous affections. — Australian med. Journ. Melbourne, 1883. N. S. V, p. 533—538.

Williams, R. A case of primary syphilitic sore of the conjunctiva. — Liverpool med.-chir. Journ. IV, p. 195.

Woodward, J. H. Chancroids and bubo; extirpation of the inguinal glands. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, I, p. 298.

Zeissl, H. Operative Behandlung der Paraphimosis. — Aerztl. Bericht des k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien (1882) 1883, p. 175—177.

Constitutionelle Erkrankungen und Condylome.

Andronico, C. Casi clinici di sifilide cerebrale. — Giornale internaz. del scienze med. Napoli, 1883, N. S. V, p. 948—954.

Atkinson, I. E. Notes of a case in which sarcoma and constitutional syphilis developed simultaneously. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 725.

Blanco, M. M. Diagnóstico del mal venéro ó su discriminación de la gota, de las neuralgias y del reumatismo. — Union méd. Carácas, IV, pp. 2—6, 9—15.

Bókai, A. Nehány szó a szivesúcstaj systolicus behuzódásaról (Effect der Syphilis auf die Systole des Herzens und daraus resultirender irregulärer Puls). — Orvosi hetilap. Budapest, XXVIII, pag. 7—14.

Bricon et Dauge. Note sur les exostoses multiples. — Progrès méd. Paris, XII, p. 210.

Cadier. Végétations papillaires polypiformes de la laryngite syphilitique. — Annales d. mal. de l'oreille, du larynx, etc. Paris, 1883, IX, p. 332—337.

Capon, Zénon. Contribution à l'étude des rétinites syphilitiques et en particulier de la rétinite périmaculaire. Thèse. Paris, 1883, 4°, p. 41.

Chambard, E. Notes sur un cas de syphilis tertiaire; influence du traumatisme et de l'anémie des pays chauds sur la détermination et la marche des accidents syphilitiques. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 23—27.

Charpentier. Lésions syphilitiques simulant une paralysie générale. — Annales méd.-psychol. Paris, 6 Sér. XI, p. 99—119.

Churchill, F. A case of multiple exostoses. — Transact. of the pathol. soc. of London. 1882—83, XXXIV, p. 210.

Curnow, J. Syphilis; aphasia; gummata in the cerebral cortex. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 491—493.

Davidson, A. Syphilitic ulceration of the trachea, with narrowing of the right bronchus. — Liverpool med.-chir. Journ. IV, p. 161.

Defize. Un cas de syphilis guérie par une fièvre typhoide intercurrente. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér. XXV, p. 8—11.

Déjerine. De la myélite aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une époque rapprochée du debut de l'affection. — Revue de méd. Paris, IV, p. 60—78.

Denarié, A. Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne, gomme de la cornée. Lyon. 8°.

Diday, P. Le dualisme en syphiligraphie. — Annal. de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, pp. 61, 138.

Draper, H. W. Constitutional syphilis. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, L, p. 329—332.

Dubois, L. De la sciatique d'origine syphilitique et en particulier de la sciatique survenant dans le cours des accidants secondaires. Paris. 8°.

Duckworth, D. Case of rheumatismal cutaneous, subcutaneous and periosteal nodules; probable syphilitic taint. — Transactions of the clinic. soc. of London. 1882—83, XVI, p. 190—193.

Eisenlohr, C. Meningitis spinalis chronica der Cauda equina mit secundärer Rückenmarksdegeneration, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs. — Neurolog. Centralblatt. Leipzig, III, p. 73—81.

Fedotov, A. A. K voprosu o vlijanii ostrich lichoradochnich bolieznei na sifilis (Einfluss der acuten fieberhaften Krankheiten auf

den Verlauf der Syphilis). — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, 1883, August, p. 46—55.

Finger, E. Knochensyphilis; Spontanfraktur des rechten Oberarms. — Aerztl. Bericht des k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien (1882) 1883, p. 163—166.

Finger, D. Ausgedehntes, nummuläres, neben recentem maculösen Syphilid als erste Eruption. — Ebenda, p. 162.

Finger, E. Gehirn- und Nervensyphilis. Ebenda, p. 137—143.

Finger, E. Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych, i torebkach maziowych (Syphilitische Erkrankungen der Gelenke, Sehnen und Schleimbeutel). — Przegląd lekarski. Kraków, XXIII, pp. 66, 83, 97, 109, 125, 151.

Fleury, C. M. Varices et fistules lymphatiques de la verge. — Loire méd. St. Étienne, III, p. 33—37.

Giovannini, S. Scrofula e sifilide. — Bullett. d. scienze med. di Bologna, 1883, 6 Ser. XII, p. 361—407.

Glück, L. Ueber die Sanitätsverhältnisse unseres „Occupationsgebietes", insbesondere über einige daselbst beobachtete Infectionskrankheiten: Syphilis. — Wiener med. Presse XXV, p. 663 u. fgde.

Goodhart, J. F. Extensive hyperostosis of skeleton, with bone-softening and rickety changes, probably of syphilitic origin. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1882—83, XXXIV, p. 197 bis 202.

Gowers, W. R. Diagnosis of diseases of the spinal cord. IIId edition. Philadelphia. 8°.

Hartmann, Arthur. Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. II. Auflage. Berlin, 8°, pp. VII, 242. — Ueber Syphilis vergl. pp. 91, 209, 211 u. fgde.

Henderson, G. C. Syphilitic gumma of the heart. — Transact. of the pathol. soc. of London. 1882—83, XXXIV, p. 53—55.

Henderson, T. Rectal ulcers. — Therap. Gaz. Detroit. N. S. V. p. 156.

Hessler. Gumma der Ohrmuschel. — Arch. f. Ohrenheilkunde. Leipzig, 1883—84. XX, p. 242—249.

Horsley, V. Case of severe syphilitic disease of the facial bones and viscera; death from pyaemia. — Transactions of the pathol. soc. of London, 1882—83, XXXIV, p. 208.

Hutchinson, J. Case of syphilis in which the fingers of one

hand became cold and livid; suspected arteritis. — Med. Times and Gaz. London. I, p. 347—349.

Hutchinson, J. On syphilitic lupus. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVII, p. 269—271.

Kahlden, Clemens von. Ein Fall von Dactylitis syphilitica. Inaugural-Abhandlung (Marburg). Leipzig, 1883, 8⁰, p. 15 u. 1 Taf.

Kainocki, W. Ostre lepieze łącznic (Condylomata acuminata conjunctivae). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser. IV, p. 72.

Kazanski, V. Sluchai pareza nijnich konechnostei, sphinkterow mochevago puzira i prjamoi kishki na sifiliticheskoi pochvie (Paralyse der Sphinkteren der Blase und des Mastdarmes bei Syphilis). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, 1883, III. p. 611—614.

Lange, F. Specific myositis of the gastrocnemius. — New York med. Journ, p. 367.

La Passet, Ferdinand. Contribution à l' étude des exostoses multiples de croissance. Thèse. Paris, 1883, 4⁰, p. 65 u. 1 Taf.

Lawson, G. Syphilitic choroido-retinitis with peculiar growths at the fundus. — Transactions of the ophthal. soc. of U. Kingdom. London, 1882—83, III, p. 117 u. 1 Taf.

Löwenfeld, L. Ueber Erb's „Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior". — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, pp. 49, 70.

Lupo, P. Contribuzione all' etiologia e cura delle ragadi anali. — Gazz. d. osped. Milano, 1883, IV, pp. 779, 794.

Luys, J. Etude photographique des lésions du tabes dorsalis. — Encéphale. Paris, IV, p. 58—62 u. 2 phot. Taf.

Mackenzie, S. A case of subcutaneous nodules occurring in a patient the subject of syphilis, and with very indefinite connection with rheumatism. — Transactions of the clinic. soc. of London, 1882—83, XVI, p. 188—190.

Martineau, L. De la syphilis du singe. — Bulletin et mémoires de la soc. méd. d. hôp. de Paris. 4 Sér. I, p. 76—80.

Masse. La fissure à l' anus; son traitement. — Gaz. hebdom. d. sciences méd. de Bordeaux, IV, p. 124—127.

Miller, J. S. Diagnosis and treatment of some diseases of the rectum; anal fissure and irritable ulcers. — Peoria med. Monthly. 1883—84, IV, p. 341—348.

Minkowski. Primäre Seitenstrangsclerose nach Luës. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1883—84, XXXIV, p. 433—442.

Möbius, P. J. Ueber Tabes bei Weibern. — Centralblatt f. Nervenheilk. Leipzig, Nr. 9.

Monastirski, N. D. Kazuisticheskie materiali k uchenijou o sifiliticheskich porajenijach sustavov (Syphilitische Affectionen der Gelenke). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, 1883, III, p. 601—611.

Nepveu, G. De quelques variétés rares de l'ulcère syphilitique des jambes. — Revue de chir. Paris, IV, p. 216—220.

Neumann, I. Ueber syphilitische Erkrankung der Muskeln. — Wiener med. Blätter. VII, pp. 351, 386.

Neumann, I. Ueber Reinfectio syphilitica; kann man Syphilis mehrere Male acquiriren? — Wiener med. Presse. XXV, p. 4, 41, 109, 137.

Osler. Syphilitic caries of inner table of skull; great thickening of calvaria; compression and deformity of brain. — Canada med. and surg. Journ. Montreal, 1883—84, XII, p. 351; vergl. auch Canada med. Record. Montreal. 1883—84, XII, p. 78.

Ozenne, E. H. Du cancer chez les syphilitiques, de l'hybridité cancéro-syphilitiques de la cavité buccale en particulier. Paris, 8°.

Price, A. A case of gummatous tumor in the substance of the cerebrum. — Lancet. London, I, p. 292.

Proegler, C. Syphilis of the nervous system etiologically considered. — Indiana med. Journ. Indianapolis, 1883—84, II, p. 121 bis 124.

Rocher, G. De la responsibilité des parents au cas de transmission de la syphilis de nourrisson à nourrice; à propos d'un arrêt de la Cour de Paris. — Annales d'hygiène. Paris, 3 Sér. XI, pag. 247—255.

Rodriguez, J. F. Patogenia de la sifilis, sur relaciones con ciertas enfermedades crónicas. — Siglo méd. Madrid, XXXI, pp. 196, 210.

Schenkl. Beobachtungen an den Augen Syphilitischer, insbesondere über das Vorkommen von Netzhautreizung bei Syphilis. — Zeitschr. f. Heilkunde. Prag. 1883. IV, p. 432—445.

Schuster. Diagnostik der Rückenmarks-Krankheiten. Zweite vermehrte Aufl. Berlin. 8°. pp. IV, 156; über Syphilis p. 143—149.

Semon, F. Isolated tertiary syphilis of the trachea. — St. Thomas Hospital Report 1882. London, 1883, N. S. XII, p. 122.

Senise, T. Un caso de sifilide cerebrale. — Annali clin. d. osped. incurab. Napoli, 1883, VIII, p. 144—152.

Sharkey, S. J. Case of arteritis with thrombosis of both mittle cerebral arteries occurring during the secondary stage of syphilis. — Transactions of the pathol. soc. of London. 1882—83, XXXIV, pag. 10—14 u. 1 Taf.

Sharkey, S. J. Case of syphilitic perihepatitis. — Ebenda, p. 118—122 u. 1 Taf.

Soler Buscallá, J. Sifilis conyugal. — Clinica de Malága, 1883, p. 447—450.

Stellwag von Carion. Iritis sifilitica. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX. p. 128.

Suttina. Zur Kenntniss der Skerljevo; Elephantiasis pudendarum skerljevitica. — Wiener med. Presse XXV, pp. 15, 147, 401.

Thomayer, J. Syphilitische Epilepsie. — Aerztl. Bericht des k. k. allgem. Krankenhauses zu Prag (1881) 1883, p. 112—121.

Venot. Évolution exceptionellement précoce de la syphilis. — Mémoires et Bulletin de la soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1882) 1883, p. 264—267.

Verneuil. Séquestre profond des os du crâne; antisepsie dans les cavités nasales. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, p. 245—249.

Véronèse. De la syphilis secondaire du système nerveux. — France méd. Paris, I, p. 198, 209.

Weber, L. Locomotor ataxia and syphilis. — New York med. Journ. XXXIX, p. 364—367; vergl. auch Med. Record. New York. XXV, p. 370—374; Discussion p. 385.

Wightman, S. J. Syphilitic paresis. — Journ. of nerv. and mental diseases. New York. N. S. IX, p. 40—52.

Williams. Syphilitic ulceration of the lids. — Weekly med. Review. Chicago, IX, p. 172.

Winslow, R. Chancre of breasts; general syphilis. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 731.

Wood, H. C. Clinical aspects of cerebral syphilis. — Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 251—255, auch Boston med. and surg. Journ. CX, p. 196—200, 220—225; Transactions of the College of Physicians of Philadelphia und Sonderdruck; Philadelphia, 8°, p. 37.

Yeo, B. Pyrexial syphilis. — Med. Press and Circular. London. N. S. XXXVII, p. 138.

Congenitale und hereditäre Syphilis.

Blackwood, W. R. D. Can a man affected with syphilis communicate the disease to a healthy foetus without infecting its mother? Can a man beget a syphilistic child without infecting its mother? — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 526—530.

Braunschweig, Paul. Ueber hereditär-syphilitische Epiphysenerkrankung; aus dem histologischen Institute der Universität Halle. Inaugural-Abhandlung. Halle, 1883, 8°, p. 23.

Crocker, H. R. A case of nodes on the forehead from congenital syphilis in a girl aet. $12^{1}/_{2}$. — Transactions of the clinic. soc. of London. 1882—83, XVI, p. 241.

Dreyfous, F. Syphilis héréditaire tardive; lésions osseuses multiples. — Annales de dermat. et syphil. Paris, 1883, 2 Sér., IV, p. 709.

Fournier, A. Éléments diagnostiques de la syphilis héréditaire tardive. — Ebenda, 1884, 2 Sér. V, p. 121, 181, 257.

Fournier, A. Syphilitic teeth. Translated from the French, by J. W. White. — Dental Cosmos. Philadelphia, XXVI, pp. 12, 81, 141.

Guéniot. Rachitisme (congénital) développé et guéri avant la naissance, en dehors da toute influence syphilitique. — Bulletin et Mémoires de la soc. de chir. de Paris, 1883, N. S. IX, p. 948—950.

Heusinger, A. Zur Syphilis hereditaria tarda. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 148.

Hutchinson, J. Étude clinique sur certaines maladies le l'oeil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire. Traduit et annoté par le docteur P. Hernet. Paris. 8°.

Kassowitz, M. Ueber Vererbung und Uebertragung der Syphilis. — Jahrb. f. Kinderheilk. Wien, 1883, N. F. XXI, p. 52—123; vergl. auch: Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart, 1883—84, V, p. 140—146.

Kohn, S. A contribution to the study of hereditary syphilis of the naso-pharynx. — Med. Record. New York, XXV, p. 122.

Lydston, G. F. An interesting history of infection of a family by an infant hereditarily syphilitic. — Ebenda, p. 39.

Maclaren, P. H. Congenital syphilis in a young woman nearly 20 years of age. — Transactions of the med.-chir. soc. of Edinburgh. 1882—83, N. S. II, p. 24.

Milbank, R. A case of acquired syphilis in a child. — Arch. of pediat. Jersey City. I, p. 161—163.

Moullin, C. M. Some forms of osteitis in hereditary syphilis. — British med. Journ. London, I, p. 52.

Mulhall. Typical case of Hutchinson's teeth. — Weekly med. Review. Chicago, IX, p. 316; discussion, p. 316—319.

Todd, C. A. Case of complete bilateral deafness due to congenital syphilis. — St. Louis Courier of med. XI, p. 210.

Troisier, **Damaschino**, **Millard** et **Roques**. Communications sur la pseudo-paralysie syphilitique infantile. Paris, 1883, 8°.

Prophylaxis und Therapie.

Ashhurst, J. jr. Synopsis of a lecture on the treatment of chancroid and syphilis. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 911—915.

Augagneur, V. La prostitution; la police des moeurs et quelques ouvrages récents qui en traitent. — Lyon méd. XLV, pp. 100, 133.

Barthélemy, L. La prostitution à Marseille pendant le moyen âge. Rapport au comité sur le partie historique de l'ouvrage de M. le docteur **Mireur** intitulé: La prostitution à Marseille. Documents nouveaux. Marseille, 1883, 8°, p. 19.

Berg, H. W. A plea for the substitution of the sodium iodide for the potassium iodide in therapeutics. — Arch. of med. New York, XI, p. 145—156.

Besnier, E. A propos des injections sous-cutanées d'iodure de potassium. — Bulletin général de thérap. Paris, CVI, p. 74.

Caspary, J. Zur Syphilis-Behandlung. — Deutsche med. Wochenschrift. Berlin, X, p. 194—196.

Csatary, L. de. Mesures prises en Hongrie contre la propagation des maladies syphilitiques. — Gaz. hebdomad. des sciences méd. de Montpellier. VI, p. 19.

Cutter, E. Blood changes in syphilis when treated by the fluid extract of stillingia comp., Mc Dade-King formula. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXVII, p. 121—123.

Déclat. Cura antisettica delle malattie della pelle (cancri, catarri, sifilide ecc.) mercé l'acido fenico e suoi composti. Ia traduz. ital. IIIa ediz. francese. Roma, 1883, 16°.

Dujardin-Beaumetz. The treatment of syphilis. Translated by E. P. Hurd. — Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 117– 121.

Durand-Fardel, M. La prostitution en Chine. — Journ. d'hygiène. Paris, IX, p. 149—154.

Giacloit, A. L'arte di preservarsi da tutte le malattie veneree. Milano, 1883, 16°.

Görges, Th. Ueber den heutigen Stand der Syphilis-Behandlung. — Besondere Beilage zu Nr. 31 der deutschen med. Wochenschr. Berlin, X, p. 29—32.

Gründler, Johannes. Ueber die Form der Ausscheidung des Jodes im menschlichen Harne nach äusserlicher Anwendung des Jodoforms. Inaugural-Abhandlung. Halle a. S. 1883, 8°, p. 36.

Hard, A. D. A case of syphilis treated hypodermically. — Physician and Surgeon. Ann Arbor, Michigan, VI, p. 5.

Harnack, E. Ueber die Methoden der quantitativen Jodbestimmung im menschlichen Harne. — Zeitschr. f. physiolog. Chemie. Strassburg, 1883—84, VIII, p. 158—164.

Heiberg, E. T. Syphilis blandt Arbejderne paa Aalborg Glasvaerk (Syphilis unter den Arbeitern in den Glaswerken von Aalborg). — Hygien. Medd. Kjöbenhavn, 1883, 3 R. II, p. 59—64.

Heijden, W. H. van der. Préservation de la syphilis par la vaccine. Traitement des maladies infectueuses. Hypothèse sur le rôle des microbes dans la formation des animaux (Revue). — Geneeskundige Courant. Tiel, XXXVIII, Nr. 1—5.

Jullien, L. Quelques mots sur les injections hypodermiques de calomel, dans le traitement de la syphilis. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V. p. 73—77.

Laurentius e L. Carpani. La difesa personale contro le malattie veneree. Milano, 1883, 8°.

Lorenzo, G. di. Note cliniche di dermo-sifilopatia; contribuzione terapica. — Scuola med. Napol. 1883, VI, p. 518—524.

Lustgarten, S. Ueber ein neues Quecksilberpräparat. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, pp. 11, 301, 339, 370, 405.

Maestre, M. G. Prostitucion; proyecto de reglamento de higiene especial. — Monitor de la salud. Barcelona, V, p. 38—44.

Mounier, G. J. D. De zoogenaamde prostitutie-regeling te Utrecht in hare onhoudbaarheid voorgesteld naar aanleiding van de jongste zittingen van den Gemeenteraad. Utrecht, 8°.

Nega, Julius. Vergleichende Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener zur cutanen Behandlung verwandter Quecksilberpräparate. Strassburg, 8°, p. 102.

Neisser, A. Zur Syphilis-Behandlung. — Deutsche med. Wochenschrift. X, p. 22.

Neukirch, R. Zwei Fälle von chronischer Quecksilber-Vergiftung. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 820.

Overbeek de Meijer. van. Het geneeskundig toezicht op de prostitutie. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XX, p. 125—137.

Pareja, J. Tratamiento de la syphilis. — Gaceta méd. de Granada. II, pp. 394—401; 10—17, 65—70.

Pozzi, S. et A. Courtade. Note sur le traitement de la syphilis par le thallium. — Gaz. méd. de Paris, 1883, 7 Sér. I, p. 147—150.

Rochard, E. Les eaux minérales dans les affections chirurgicales; emploi et indications; lésions traumatiques; scrofule et tuberculose locale; syphilis; maladies cutanées. Paris, 8°.

Sims, J. Marion. The treatment of syphilis. Indianapolis, 1883, 8°, p. 7. — Aus: British med. Journ. London.

Steger, R. W. Hydrogen dioxide (H_2O_2) in the treatment of venereal diseases and as a test for pus. — Med. Record. New York, XXV, p. 81.

Stern, E. Ueber die Ausbreitungen der venerischen Krankheiten in Breslau. — Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Berlin, N. F. XL, p. 75—88.

Tomashevski, S. P. O primienenii elektro-katalisma pri niekotorich formach venericheskich i sifiliticheskich zabolievanii (Elektro-Katalysis in den verschiedenen Formen von venerischen und syphilitischen Affectionen). — Vrach, St. Petersburg. 1883, IV, p. 817—821.

Vincent, A. Recherches sur l'élimination de l'iodure de potassium par les urines. Lyon, 8°.

Discussion du rapport du M. le docteur Vibert, sur la réglementation de la prostitution. — Revue d'hygièn. Paris, VI, p. 62—68.

Zweites Verzeichniss.

Dermatologie.

Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

Beatty W. A rare form of skin disease. — Dublin Journ. of med. science. 3. Ser. LXXVII, pp. 462, 512; auch in British med. Journ. London, I, p. 819 und Lancet, London, I, p. 985.

Berger, J. Aetiologische Daten zur Erkrankung der Warzen und Brüste im Wochenbette. — Pester med.-chir. Presse, XX, pag. 465—470.

Bizzozero, G. Sui microfiti dell' epidermide umana normale. — Gazz. d. osped. Milano, V, p. 227.

Blix, M. Experimentelle Beiträge zur Lösung der Frage über die specifische Energie der Hautnerven. — Zeitschr. f. Biologie. München, XX, p. 141—156 u. 1 Taf.

Bronson, E. B. The objects of dermatological classification, with especial reference to Auspitz's system. — Journ. of cutan. and venereal diseases. New York, II, p. 161—168, 202—213.

Brocq, L. Des nodosités non érythémateuses chez les arthritiques. Paris, 8°. Aus Journ. de méd. de Paris.

Cozzolino, V. Le scarificazioni, il raschiamento, il thermo-cauterio e la galvano-caustica nelle malattie della pelle, del naso e dell' orecchio e della mucosa naso-faringo-laringea. — Giornale di clin. e terap. Messina, III, p. 9—18.

Flemming, W. Zelltheilungen in den Keimschichten des Haares. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 129—132.

Fournier, A. Des diabétides génitales. — Médecin prat. Paris, V, pp. 145, 157, 169, 181, 193.

Frommann, C. Ueber die Epidermis des Hühnchens in der letzten Woche der Bebrütung. — Jenaische Zeitschr. f. Naturwissensch. N. F. X, p. 941—950.

Gamberini, P. La dermite in attinenza con varie malattie cutanee. — Bullettino d. scienze med. di Bologna, 6 Ser. XIII. p. 73—97.

Gamberini, P. Sul rapporto delle dermopatie col sistema nervoso. — Giornale ital. d. mal. veneree e della pelle. Milano, 1883, XVIII, p. 338—344.

Hardaway, W. A. An unusual papular disease of the skin. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 169—173.

Hervouet. Un livre de M. Lancereaux intitulé: Traité de l'herpétisme. — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes, 1883, XVII, p. 297 bis 308.

Hoggan, G. Neue Formen von Nervenendigungen in der Haut von Säugethieren. — Arch. f. mikrosk. Anat. Bonn, XXIII, p. 508 bis 525 u. 2 Taf.

Jacobi, R. Die Collateralinnervation der Haut. — Arch. f. Psychiatrie. Berlin, XV, p. 506—558.

Karika, A. Agümökór s némely idült börbantalmak közt létezöhasonlatról. (Die Knoten in verschiedenen chronischen Hautkrankheiten.) — Gyögyászat. Budapest, XXIV, p. 220—223.

Krippax, John R. A hand-book of skin diseases, and their homoeopathic treatment. IId edition. Chicago, 12°. p. 292.

Kollmann, Arthur. Der Tastapparat der Hand der menschlichen Rassen und der Affen in seiner Entwicklung u. Gliederung. Hamburg u. Leipzig, 1883, 8°, pp. 77 u. 2 Taf.

Königstein, L. Die Entwicklung der Cilien und der Meibom'schen Drüsen. — Arch. f. Ophthalm. Berlin. XXX, 1. Abtheil. p. 135 bis 141.

Krause, W. Die Nervenendigung in der äusseren Haut und in den Schleimhäuten. — Biolog. Centralblatt. Erlangen, 1884—85, IV, pp. 161, 205.

Lendon, A. A. Notes on the regeneration of epithelium and pigment. — Australian med. Journ. Melbourne, N. S. VI, p. 97—99.

Ritter, Adolph. Ueber die Resorptionsfähigkeit der normalen menschlichen Haut. Leipzig, 1883, 8°, p. 16.

Spitzka, E. C. The tests of cutaneous sensibility, their physiological and anatomical signification. — New England med. Monthly. Sandy Hook, Conn. 1883—84, III, p. 358—361.

Testut, L. Mémoire sur la portion brachiale du nerf musculocutanée. — Mémoires d. l'Acad. de méd. Paris, XXXIV, p. 199—237.

Thermes, G. De la sensibilité de la peau considérée au point de vue de la technique hydriathique. — Revue méd. et scient. d'hydrol. Toulouse, I, p. 321—331.

Unna, P. G. Fettsalben und Kühlsalben — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 168—185.

Einfache Entzündungen der Haut.

Bacon, G. Eczema of the auricle and external auditory canal. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 129—133.

Carafoli, P. Dermatosi artificiali i note di dermopatologia. Modena. 8°.

Evans, R. F. Eczema. — Transactions of the med. soc. of Tennessee. Nashville, p. 39—47.

Hendrix, H. A. Two cases of extensive skin poisoning by the local use of the tincture of arnica. — St. Louis med. and surg. Journ. XLVI, p. 531.

Moos, S. Erworbene Atresie beider äusserer Gehörgänge in Folge von chronischem Ekzem. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Wiesbaden, XIII. p. 165.

Richey, S. O. Eczema simplex; ametropia its cause. — Arch. of ophthalm. New York, XIII, p. 34.

Unna, P. G. Das Ekzem im Kindesalter. — Deutsche Med.-Zeitung. Berlin, V, p. 467, 481, 493, 505, 517.

Van Harlingen, A. Eczema genitalium. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, L, p. 619.

Duhring, L. A. and H. White. On the pathology of Paget's disease of the nipple. — Americ. Journ. of med. sciences. Philadelph. N. S. LXXXVIII, p. 141—149.

Hearn, J. A case of Paget's disease. — Philadelphia med. Times. 1883—84. XIV, p. 698.

Besnier, E. Sycosis (σύκωσις de σύκον). — Dictionn. encyclop. d. sc. méd. Paris, 3 Sér., XIII, p. 655—658.

Hebra, H. von. Ueber Sycosis-Behandlung. — Wiener med. Blätter. VII, p. 511—515.

Clark, C. C. P. Powdered rhubarb in certain ulcerations. — New York med. Journ. XXXIX, p. 631.

Hardie, J. Clinical lecture on adherent ulcers. — Lancet. London, I, p. 879—881.

Hodson, F. O. Case of varicose ulcers, cured by skin-grafting. — Australas. med. Gaz. Sydney, 1883—84, III, p. 177.

Kraus. Zur Therapie der Geschwüre. — Zeitschr. f. Therapie mit Einbeziehung d. Elektro- u. Hydrother. Wien, II, p. 68.

Licata, G. Il jodoformio nelle ulcere torpide del viso. — Gazz. med. di Torino. XXXV, p. 121—131.

Maas, H. Ueber plastische Operationen bei Geschwüren. — Sizzungsber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg, p. 12—14.

Prewitt, T. E. Two cases of malignant degeneration of ulcers of the leg; the one epitheliomatous the other sarcomatous, in their bearing upon the local origin of malignant growths. — St. Louis Courier of med. XI, p. 516—524.

Calderon, A. Dos casos de carunculas himeneales irritables. — Union de la ciencas méd. Cartagena, IV, p. 243.

Polaillon. Panaris; lepnaris (παρωνυχία en grec, panaritium in latin, whitlow en anglais). — Dictionn. encyclop. d. sciences méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 86—98.

Cramer, G. Behandlung leichterer Verbrennungen. — Memorabilien. Heilbronn, N. F. IV, p. 158.

Herman, G. E. A case of acute gangrene of the vulva in an adult; with remarks. — Transactions of the obstetr. soc. of London (1883) 1884, XXV, p, 141—158.

Boinet, E. et C. Depéret. Du bouton de Gafsa au camp de Sathonay. — Lyon méd. XIV, p. 533—543.

Allan, W. On a case of anthrax. — Dublin Journ. of the med. science. 3 Ser. LXXVII, p. 374—377.

Barthélemy, F. Diabète compliqué d'anthrax; guérison. — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes, 1883, XVII, p. 349—357.

Boucher, L. J. B. Anthrax de la lèvre supérieure; phlébite faciale double; phlegmon suppuré des deux orbites; accidents cérébraux; nécrose partielle des deux cornées. — Recueil d'ophthalm. Paris, 3 Sér. VI, p. 270—279.

Monnier, L. Large anthrax de la région dorsale; fusée purulente dans le canal rachidien et infection purulente; mort. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér. I, p. 279—281.

Osol, K. Das Anthraxvirus. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. Berlin, XXII, p. 401—404.

Spear, J. On the occurrence of anthrax amongst persons engaged in the London hide and skin trades. — Report med. Off. Local Govern. Bd. 1882. London, 1883, XII, p. 98—131 u. 1 Taf.

Favrel, Eugène. De la lymphangite dans les maladies de la peau. Thèse (Paris). Le Mans, 4°, p. 125.

Almazan y Garcia, R. Una historia clinica para el estudio etiologico de la erisipela. — Correspond. méd. Madrid, XIX, p. 123 bis 125.

Bouillet. Étiologie de l'érysipèle. — Montpellier méd. 2 Sér. II, p. 293—315.

Burman, C. C. Jodoform in erysipelas. — Practitioner. London, XXXII, p. 365—369.

Carl, A. Zur specielleren Aetiologie der nach Erysipelas faciei auftretenden Sehnervenatrophie. — Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Stuttgart, XXII, p. 113—128 u. 2 Taf.

Cavafy, J. Cases of facial erysipelas with low temperature. — British med. Journ. London, I, p. 599.

Cebrian y Diez, V. Un caso de erisipela periódica. — Med. contempor. Madrid, I, p. 324—327.

Cramer, G. Oertliche Behandlung des Rothlaufes. — Memorabilien. Heilbronn, N. F. IV, p. 156.

Ferguson, J. A case of universal erysipelas in a child aged ten months; with recovery. — Americ. Journ. of obstetrics etc. New York, XVII. p. 771.

Gaston, J. Mc. F. Hypodermic use of carbolic acid for the cure of erysipelas. — Southern med. Record. Atlanta. XIV, p. 241—244.

Goodridge, H. F. A. Cases of facial erysipelas with low temperature. — British med. Journ. London, I, p. 810.

Hazlett, J. C. Facial erysipelas in a pregnant woman; recovery. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, L, p. 738.

Janicke, O. und Neisser, A. Exitus letalis nach Erysipelimpfung bei inoperablem Mammacarcinom und mikroskopischen Befund des geimpften Carcinoms. — Centralblatt f. Chir. Leipzig, XI, p. 401—407.

Knapp, H. Blindness from thrombosis of the retinal vessels in facial erysipelas. — Arch. of ophthalm. New York, XIII, p. 83—106 u. 2 Taf.

Knapp, H. Appendix to the paper on blindness from facial erysipelas. — Ebenda p. 265.

Minella, F. L'acido picrico nella cura della risipela. — Gazz. med. di Torino. XXXV, p. 105—108.

Smith, E. C. Bichloride of mercury as a local application in erysipelas. — Atlantic Journ. of med. Richmond. 1883—84, I, p. 832.

Stirling, R. A. The white-lead treatment of erysipelas. — Austral. med. Journ. Melbourne, N. S. VI, p. 115—117.

Zwicke. Erysipelas migratorium trunci et crurum et faciei: gangraena cutis multiplex; exitus letalis. — Charité-Annalen. 1882. Berlin, 1884, IX, p. 451.

Zwicke. Erysipelas phlegmonosum gangraenosum recidivum brachii et pectoris; chondritis costalis; caries sterni; fistula thoracis. — Ebenda, p. 442.

Black tongue (Erysipelas). — British med. Journ. London, I, p. 601.

Angioneurotische Dermatosen.

Brieger, L. Ueber Erytheme, insbesondere bei Infectionskrankheiten. — Charité-Annal. 1882. Berlin, 1884, IX, p. 115—143.

Di Lorenzo, G. Schizzi clinici sugli eritemi della prima infanzia e loro trattamento. — Arch. di patol. inf. Napoli II, p. 16—21.

Vacher, Francis. The duration of the latent period, the fever, and the infectiveness of the exanthemata and some allied diseases. Manchester. 12°, p. 19 u. 1 Tab. — Aus Health Journ.

Aitken, R. S. A case of empyema, complicating post-scarlatinal nephritis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVII, p. 397.

Archer, R. S. A case of empyema complicating post-scarlatinal nephritis. — Ebenda, p. 397.

Behrend, G. Zwei Fälle von Prurigo nach Scharlach; ein Beitrag zur Aetiologie des Prurigo. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 385.

Blachez. Contribution á l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant; scarlatine. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér., XXI, p. 272—275; auch in Courrier méd. Paris, XXXIV, p. 202—205.

Chapin, C. B. An unusual result of scarlet fever; embolus; gangrene; amputation. — Med. Age, Detroit, II, p. 205.

Dauchez, H, Pleurésie purulente scarlatineuse; empyème; formation d'abcès métastatiques; mort. — Progrès méd. Paris, XII, p. 270.

Day, W. H. Case of scarlet fever; nephritis; anasarca; convulsions; death; temporary relief by wet packing. — British med. Journ. London, I, p, 1247—1249.

Hayward, G. G. Diphtheria with complications (Scarlatina). — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 515.

Henoch. Comunicazioni sulle ultime epidemie di scarlattina. (Uebersetzt von V. Meyer), — Arch. di patol. inf. Napoli, II, p. 3—15.

Le Menant des Chesnais. Considérations sur une épidémie de scarlatine, et en particulier, sur le contage scarlatineux. — Journ. de méd. de Paris. VI, p. 1232—1241.

Mck. R. Scarlatinal uraemia. — Lancet. London, II, p. 46.

Moellmann. Beiträge zur Pathologie der Scarlatina; ein Epidemie-Bericht. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 403—407.

Moos, S. Ein Fall von doppelseitiger Labyrinth-Affection in Folge von Scharlach, günstig beeinflusst durch Pilocarpininjectionen. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Wiesbaden, XIII, p. 162—165.

Parker, W. T. The relationship between scarlatina and diphtheria. — British med. Journ. London. I, p. 1090.

Parvin, T. Scarlet fever in child-bed. — Americ. Journ. of med. sciences. Philadelphia, N. S. LXXXVIII, p. 179—181.

Power, W. H. Report on an outbreak, in certain districts of London, of scarlatina, believed to have been distributed in milk; with postscript recording certain experiments by Dr. Klein. — Report Med. Off. Local Govern. Bd. 1882, London, 1883, XII, p. 63—71.

Ricketts, B. M. A case of scarlet fever resulting in abscesses of the neck and elbow joint, with ankylosis; perforation of right tympanum and total destruction of right cornea. — Columbus med. Journ. 1883—84. II, p. 499—502.

Stickler, J. W. The subcutaneous injection of human scarlatinal blood. — Med. Record. New York, XXV, p. 581.

Discussion on scarlet fever. — British med. Journ. London, I, pp. 763, 999; auch Lancet. London, I, p. 801.

Discussion on the present epidemic of scarlet fever in Dublin. — Dublin Journ. of med. science. 3 Ser. LXXVII, p. 364—373.

Baz Iglesias, C. Inconvenientes de la vacunación. — Correo méd. castellano. Salamanca, I. pp. 97—109. 129, 161.

Berthet. L. Vaccine et variole, contribution à l'étude de leurs rapports. Lyon, 8°.

Bourgeois, A. De la vaccination par injection sous-épidermique. — Bulletin général de thérap. Paris, CVI, p. 337—354.

Burke, R. W. Variola equina, or horse-pox; its nature, diagnosis and contagiousness. — Veterinarian, London. 1883, LVII, p. 441—445.

Castro y Munoz, J. M. de. La viruela y la vacuna. reconocen como causa un mismo virus? — Siglo méd. Madrid, XXXI, pp. 278, 293.

Dieudonné. Voies et chemins du virus varioleux. — Revue méd. Louvain, III, p. 109—114.

Eaton, E. M. A study of the vital statistics of small-pox in Chattanooga, Tenn. in the years 1882—83. — Transactions of the med. soc. of Tennessee. Nashville, p. 61—63.

Edwards, Joseph H. Vaccination i pro and con. Philadelphia, 8°, p. 80; in Edward's Health Book etc.

Ferré, G. Dog-pox and cow-pox. — Revue sanit. de Bordeaux etc. 1883—84, II, p. 88.

Foster, Eugene. Vaccination, its necessity, control, efficiency and safety. Concord, N. H. 8°. p. 54.

Foster, E. Report of the committee on compulsory vaccination; also, a supplementary report on the efficiency and safety of vaccination. — Americ. Publ. Health Assoc. Report 1883. Concord, N. H. 1884, IX, p. 238—289.

Fourneux, Émile. Des affections oculaires causées par la variole. Thèse. Paris. 4°. p. 34.

Galli, Michelangelo. Relazione sulla vaccinazione e sui casi di vajuolo nella provincia di Bergamo nel 1882 letta nella seduta del 7 settembre 1883 dal vice-conservatore del vaccino. Bergamo, 1883. 8°. p. 19.

Garcia de Castro, J. La viruela y la vacuna reconocen como causa un mismo virus? — Revista méd. de Sevilla, IV, pp. 44, 76, 100.

Grade. Rapport sur le fonctionnement de l'Institut vaccinogène de l'armée, à Anvers, et sur les opérations qui ont été pratiquées pendant l'année 1883. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér. XXV, p. 217—229.

Jones, Joseph. Contagious and infectious diseases, measures for their prevention and arrest. Small-pox (Variola); modified small-pox (varioloïd); chiken-pox (varicella); cow-pox (variolae-vaccinae); vaccination, spurious vaccination. Circular Nr. 2, prepared for the guidance of the quarantine officers and sanitary inspectors of the Board of Health of the State of Louisiana. Baton Rouge. 8°. p. 410 u. 8 col. Taf.

Mabille. Démence paralytique à la suite d'une variole. — Annales méd.-psychiatr. Paris, 1883. 3 Sér. X, p. 225—227.

Makuna, M. D. An examination of the theory of aërial dissemination of small-pox infection. — Med. Times and Gaz. London, I, pp. 659, 690, 724, 762, 792.

Makuna, M. D. The mortality from small-pox in England and Wales and in London. — British med. Journ. London, I, p. 1041.

Munoz, A. Dos casos de viruela hemorrhágica con aborto, tratados con éxito por las inyecciones subcutáneas de ergotina. — Med. contempor. Madrid, I, p. 321—324.

Murphy, S. F. On the operations of the animal vaccine establishment. — Report of Med. Off. Local Govern. Bd. 1882. London, 1883, XII, p. 34—39 u. 2 Taf.

Peters, C. J. On the treatment of small-pox and chiken-pox by the external application of calcium sulphide lotion. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 137—139.

Piza, M. Kurze Anleitung zur Züchtung, Conservirung und Verwendung animaler Lymphe. — Centralblatt f. allgem. Gesundhtspf. Bonn, III, p. 195—199.

Pohl-Pincus, J. Entstehung und Wesen der Immunität bei Variola und Scarlatina. — Virchow's Archiv. Berlin, XCVI, p. 413—438.

Riesel. Ueber die Eigenthümlichkeiten der animalen Vaccination. — Aerztl. Vereinsbl. f. Deutschland. Leipzig, XI, p. 77—84.

Snow, E. M. Early history of vaccination in Providence. — Transactions of Rhode Island Med. Society. (1883) Providence, 1884, III, pt. I, p. 53—63.

Taenzerles, F. Beobachtungen über die Anwendung des Jodoforms bei Conjunctivitis diphtheritica der Augenlider während einer schweren Variola-Erkrankung. — Wiener med. Presse, XXV, p. 403—405.

Tripe, J. W. Outbreak of small-pox at the east end of London. — Sanitary Record. London, 1883—84, N. S. V, p. 534.

Vinay, C. Création et organisation d'un hôpital d'isolement pour les varioleux. Lyon, 8°.

Wagner. Impfung und Blattern im Bezirke Salzungen in den Jahren 1859—1883. — Correspondenz-Blatt d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. Weimar, XIII, p. 49—59.

Wernher, A. Zur Impffrage. Resultate der Vaccination und Revaccination vom Beginn der Impfung bis heute, nach den Quellen bearbeitet. Mainz, 1883, 8°, p. 318.

Whittle, E. On re-vaccination, how best to promote it. — Transactions of the nation. associat. for the promotion of soc. science. 1882, London, 1883, XXVI, p. 489—491.

Statistischer Bericht über die Wirksamkeit des Impf-Institutes für animale Vaccination im Jahre 1883. (19. Jahrgang.) Berliner klin. Wochenschr. 1884, XXI, p. 277—279.

Notes prepared from official documents as to the laws regulating vaccination in European countries. — Rep. of Med. Off. Local Govern. Bd. 1882, London, 1883, XII, p, 40—45.

A vaccine crust which preserves its activity more than half a century. — North Carolina med. Journ. Wilmington, XIII, p. 342 bis 344.

State Board of Health of New Jersey. Circular XLIV. How to prevent the spread of small-pox, scarlet fever, diphtheria and other communicable diseases. Trenton. 8°, p. 12.

Alleged contravention of the Public Health Act. Dr. Henry Albert Wolff late acting resident surgeon charged with failing to report the existence of „small-pox“ in the hospital. Being a full report of the case Regina vs. Dr. Wolff late acting resident Surgeon of the Kimberly Hospital (Griqualand, South Africa). Kimberly, 8°, p. 88. — Aus Diamond Fields Advertiser.

Jollet, J. De l'influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites. Paris, 8°.

Lanzi. Sul parassita del morbillo. — Bullettino d. r. Accad. med. di Roma, 1883, IX, p. 257—263.

Ott, L. Case of unilateral spasm, hemiplegia and aphasia, following measles in a child two years and four months old. — Americ. Journ. of neurolog. and psychiat. New York, III, p. 66—71.

Puech, L. Contribution à l'étude de la rougeole chez l'enfant. Montpellier, 4°.

Sanchez, J. P. Angina laringo traqueal, crup, ocasionada por la retropulsion del sarampion. — Corresp. méd. Madrid, XIX, p. 109.

Saussol. Epidémie de rougeole à Montpellier en 1883; laryngite striduleuse à la fin d'une éruption. Montpellier, 1884, 8°. — Aus Gaz. hebd. d. sc. méd.

Suñé y Molist, L. Sintome especiales del aparato auditivo en el sarampion. — An. de otolog. y laringol. Alcalá de Henares, 1883, I, p. 271—275.

Taguet. Note sur une épidémie de rougeole à l'asile des aliénées. — Gaz. hebdomad. d. sc. méd. de Bordeaux, IV, p. 302—304.

Yarr, M. T. The incubation-period of measles. — British med. Journ. London, I, p. 1043.

Baker, W. M. A case of anthrax or charbon, with external symptoms (malignant pustule) excision; recovery. — Ebenda, p. 1134 u. 1 Taf.

Bayer, J. Ueber den Milzbrand. — Oesterreich. ärztl. Vereinszeitg. Wien, VIII, pp. 169, 172, 220.

Cappelletti, Giuseppe. La vaccinazione carbonchiosa nell' Umbria. Relazione al Comizio agrario circondariale di Foligno. Foligno, 1883, 8°, p. 47.

Cornil. La pustule maligne et la charbon. — Recueil de méd. vétér. Paris, 6 Sér., XIII, p. 284—298.

Dujardin, A. Un cas de pustule maligne de la paupière. — Journ. des sciences méd. de Lille. VI. p. 398—407.

Froschauer, J. von. Ueber das Verhalten der Mäuse zum Impfmilzbrand bei Fütterung mit Hafer, Traubenzucker, Rohrzucker und fettreichen Futterstoffen. — Oesterreich. Vierteljahresschr. f. wissensch. Veterinärk. Wien, LXI, p. 141—144.

Garnier, L. Histoire de la découverte de la bactéridie charbonneuse. — Presse vétér. Paris, IV, p. 333—342.

Janney, W. S. Malignant pustule. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 433—436.

Klein, E. Further report on the relation of pathogeny to septic bacteria as illustrated by observations in bacillus anthracis. — Report of Med. Off. Local Govern. Bd. 1882, London, 1883, XII, p. 201—212.

Lopez Ocaña. Pustula maligna das palpebras. — Arch. ophthalm. de Lisboa, 1883, IV, p. 3—36.

Micè, L. De la fièvre charbonneuse et des moyens d'en préserver les animaux et, par suite, l'homme. Bordeaux, 8°. Aus Journ. de méd. de Bordeaux.

Reyner, P. et L. Gelié. Remarques à propos de deux observations de pustule maligne dans lequelles la mort est survenue

avec des accidents tétaniques. — Arch. générales de méd. Paris, I, p. 533—550. — Sonderdruck Paris in 8°.

Weatherly, L. A. A case of malignant pustule. — Bristol med.-chir. Journ. II, p. 124—128.

Chevers, N. Febris exanthematosa orientalis, otherwise beriberi fever. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 515—519.

Baelz, B. Kakke (béribéri) du Japon. — Arch. de méd. naval. Paris, XLI, p. 330—338; aus Mittheil. d. deutsch. Gesellsch. f. Natur- und Völkerk. Ostasiens. Yokohama, 1882. III, p. 27.

Bucqnoy. Relation d'un cas de farcin aigu chez l'homme. — Bulletin de l' Acad. de méd. Paris, 2 Sér. XIII, p. 816—827.

Besnier, E. Gourme. — Dictionn. encyclop. des sciences méd. Paris, 4 Sér., X, p. 1—4.

S. Erethema papulatum and spirillum undula. — Lancet. London, I, p. 1152.

Lindsay, J. A. A case of remarkable eruption following the administration of iodide of potassium. — British med. Journ. London, I, p. 602.

Sorbets, L. Rhumatisme polyarticulaire chronique compliqué d'endocardite valvulaire mitrale; bronchite catarrhale double généralisée; cirrhose atrophique; pellagre. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 540.

Tonnini, S. I disturbi spinali nei pazzi pellagrossi. — Rivista speriment. di freniatria ecc. Reggio-Emilia, 1883, IX, p. 429—448; 1884, X, p. 63—72.

Torres, B. Un caso de pelagra. — Revista de méd. y cirug. práct. Madrid, XIV, p. 448—450.

Fabre, P. Pneumonie et éruption d'herpès facial et pharyngien. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér., I, p. 291.

Sladović. Febris herpetica. — Centralblatt f. klin. Med. Leipzig, V, p. 254.

Grancher. Urticaire alternant avec de la congestion pulmonaire et de l'emphysème. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 546.

Prioleau, L. Observations sur les dystrophies unguéales, ataxie, sclérose en plaques, tuberculose, trichophyton. Bordeaux, 8°. Aus Journ. de méd. de Bordeaux.

Neuritische Dermatosen.

Bókai, J. jr. Chorea minor; Arsen-Behandlung; Herpes Zoster. — Jahrb. f. Kinderheilk. Leipzig, N. F. XXI, p. 411—416.

Dubler, A. Ueber Neuritis bei Herpes Zoster. — Virchow's Archiv. Berlin, XCVI, p. 195—234 u. 2 Taf.

M'Bride, P. Herpes zoster of the hard palate. — Edinburgh clin. and pathol. Journ. 1883—84, I, p. 745—747.

Norton, H. G. Another case of zoster following traumatism. — New York med. Journ. XL, p. 19.

Taylor, H. L. A case of zoster following traumatism. — Ebenda. XXXIX, p. 663.

Scarenzio, A. Di alcune dermatosi per azione nervosa trofica riflessa. — Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXVII, p. 263 bis 266.

Stauungs-Dermatosen.

Edes, R. T. Clinical lecture on a case of myxoedema. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 385.

Harley, J. On the pathology of myxoedema as illustrated by a typical case. — Lancet. London, I, p. 706; auch British med. Journ. London, I, p. 762.

Hartmann, H. Observation de myxoedème. — France méd. Paris, I, p. 867, 881.

Jacob, E. H. A case of myxoedema. — Lancet. London, I. p. 976.

Routh, A. A case of sporadic cretinism, with appearance of myxoedema. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVII, p. 439—441.

West, E. G. A case of myxoedema, with autopsy. — Boston med. and surg. Journ. CXI, p. 50; Discussion, p. 60.

White, E. W. A case of myxoedema associated with insanity. — Lancet. London, I, p. 974—976.

Minella, F. Sclerodermia del neonato. — Gazz. med. di Torino XXXV, p. 53—56.

Sympson, T. Case of scleroderma affecting the left lower extremity. — British med. Journ. London, I, p. 1089.

Stimson, L. A. Elephantiasis; ligation of the femoral artery. — Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 517; auch in New York med. Journ. XXXIX, p. 503.

Zwicke. Elephantiasis cruris sinistri; Ligatura arteriae femoralis; Amputatio femoris. — Charité-Annalen. 1882. Berlin. 1884, IX, p. 461.

Blanchard. Mal perforant plantaire et névrite ascendante déterminant les maladies spinales. — Paris méd. IX, p. 205—208.

Lauer, A. Ueber lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän der Extremitäten mit zwei neuen Beobachtungen. Strassburg, 8⁰, p. 46.

Lutz, A. Mittheilung eines Falles von symmetrischer Gangrän, nebst Epikrisis desselben. — Aerztl. Intellig.-Blatt. München, XXXI, p. 261—263.

Polaillon. Mal perforant du pied, consécutif à une névrite sciatique produite par une injection interstitielle d'éther. — Union méd. Paris. 3 Sér., XXXVII, p. 791—793.

Pereira Guimarães. Papillomas na perna esquerda, acompanhados de um estado elephantiaco da mesma. — Gaz. d. hospit. Rio de Janero. 1883, I, pp. 2, 93.

Haemorrhagische Dermatosen.

Augier, H. Endocardite aiguë avec hémorrhagies multiples (purpura, hématurie, apoplexie pulmonaire, phlegmatia alba doles). — Journ. des sciences méd. de Lille. 1883, V, p. 467—471.

Barlow, T. Case of purpura occurring in the course of typhoid fever. — Lancet. London, I, p. 745—747.

Berne, Paul. Sur quelques cas de purpura d'origine traumatique. Thèse. Paris, 4⁰, p. 62.

Cantani, A. La purpura infettiva. — Bollett. d. clin. Napoli, I, p. 15—31.

Halbrecht, J. Purpura d'origine infectieuse; hémorrhagie gastro-intestinale; mort; autopsie. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVI, p. 121—124.

Hatfield, M. P. Purpura simplex et hemorrhagica. — Arch. of pediat. New York. I, p. 362—367.

Ollivier, A. Du purpura alcoolique. — Paris méd. IX, p. 289—291.

Pérez Valdés. Purpura hémorrhágica de causa emotiva. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VIII, p. 191—195.

Cantani, A. Specielle Pathologie und Therapie der Stoffwechselkrankheiten. Klinische Vorträge. Vierter Band. Auch unter dem Titel: Rhachitis und Skorbut. Aus dem Italienischen von Dr. Fränkel. Leipzig. 8°.

Edes, R. T. Unusual cases of scurvy. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 607—609.

Laveran, A. Du scorbut. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, III, p. 338—348.

Lemarchand, Henri. Quelques considérations sur l'étiologie et les affinités nosologiques du scorbut. Thèse. Paris, 4°. p. 51, auch ebenda in 8°.

Leprévost, F. Note sur un cas de scorbut sporadique (?) de forme anomale (hémorrhagies multiples, accidents hystériques). — France méd. Paris, I, pp. 625, 658.

Smart, W. Abstract of a paper on scurvy, in its bearing on explorations by sea. — British med. Journ. London, I. pp. 943, 991.

Johannessen, A. Morbus maculosus Werlhofii hos et 3 Ars gammelt Barn efter Forlobet of Maeslinger. — Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Christiania, XIV, p. 284—302.

Idioneurosen der Haut.

Hebra, H. von. Ueber die Therapie des Prurigo. — Zeitschr. f. Therapie mit Einbezieh. der Elektro- u. Hydrother. Wien, I, pp. 209, 218.

Obersteiner, H. Ueber Pruritus hiemalis. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, p. 461—464.

Epidermidosen.

Anderson, M'C. Case of generalized psoriasis cured by the subcutaneous injection of liquor sodae arsenialis. — Glasgow med. Journ. 4 Ser., XXI, p. 400.

Corlett, W. T. An unusual case of psoriasis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 193—195 u. 1 Taf.

Haslund. Forsog med Jodkaliumbehandling med Psoriasis. — Hospital Tidende. Kjobenhavn, 3 R. II, p. 169, 193, 217.

Picot. Sur le traitement du psoriasis par l'acide chrysophanique. — Gaz. hebdomad. des sciences méd. de Bordeaux. IV, p. 202—205.

Behrend, G. Ein Fall von Lichen ruber planus mit ungewöhnlicher Localisation. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 386.

Hewitt, G. A. A case of lichen planus. — Northwest Lancet. St. Paul, III, p. 233—235.

Lavergne. F. Contribution à l'étude du lichen planus. — Journ. de méd. de Paris, VI, p. 1184—1189.

Mader. Ausgedehnte Atrophia muscul. combinirt mit Lichen ruber universalis. — Wiener med. Blätter. VII, p. 455—457.

Brocq, L. Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra. — Arch. générales de méd. Paris, I, p. 550—567.

Schwimmer, E. A pityriasis rubra universalis kórisméjéhez (Zur Diagnostik der Pityriasis r. u.) — Orvosi hetilap. Budapest, XXVIII, p. 377—383; deutsch in Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, pp. 513, 537.

Zur Anatomie der Pityriasis rosea. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 300.

Eichhorst, H. Beobachtungen über Trichorhexis nodosa. — Zeitschr. f. klin. Med. Berlin, 1883—84, VII, Supplem.-Hft. p. 58—62 u. 1 Taf.

Caesar. J. Comedones in children. — Lancet. London, I, p. 1188.

Crocker, H. R. Comedones in children. — Ebenda p. 704.

Gibbes, H. Striped muscular tissue attached to hair follicles. — Quarterly Journ. of microscop. science. London, N. S., XXIV, p. 193.

Busch, F. Ueber die Exstirpation kleiner runder Geschwülste der Haut durch schnell rotirende Locheisen. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 306; Discussion p. 348.

Huber, G. Cancroide du clitoris et des petites lèvres. — Gaz. méd. de Picardie. Amiens, II. p. 25.

Jardet. Epithélioma cylindrique du rectum et du foie; purpura; examen microscopique de l'éruption. — Progrès méd. Paris, XII, p. 456.

Milner, J. C. Case of fibroma molluscum. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 178 u. 1 Taf.

Moos, S. Krebs des häutig-knorpeligen Gehörganges mit Durchbrechung der Muschel, Ausbreitung auf die untere Region des Warzenfortsatzes und Lähmung des Nervus facialis. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Wiesbaden, XIII, p. 166.

Parinaud, H. Dermoépithéliome de l'oeil (tumeur non dérite.) — Arch. d'ophthalm. Paris, IV, p. 349—355.

Burger, Karl. Die Nebennieren und der Morbus Addison. Berlin, 1883, 8°, p. 56.

Nothnagel, H. orbus Addisoni. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 275.

Sangalli, G. Sui rapporti tra le alterazioni delle capsule succenturiate dei reni colla malattia bronzina della cute. — Arch. clin. ital. Roma, XIV, p. 97—101.

Vergely. Maladie bronzée coïncidant avec un cancer des ganglions bronchiques, de la plèvre, du péricarde et des capsules surrénales. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1883—34, XIII, p. 489.

Dujardin-Beaumetz. De la valeur diagnostique et de la signification prognostique di vitiligo. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, p. 633—638.

Kiselev, M. K. Sluchai nervago proischojdenija vitiliginis. — Vrach, St. Petersburg, V, p. 379.

Bulkley. Leucoderma. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 139.

Blair, J. Naevus treated successfully by local application of liquor arsenicalis. — British med. Journ. London, I, p. 671.

Frey, M. Pemphigus vulgaris chronicus idiopathicus. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, p. 686; auch in Mittheil. d. Wiener med. Doct.-Coll. X, p. 162.

Keegan, D. F. A case of dermatolysis or pachydermatocele. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 115.

Delassus, A. Dégénérescence cancroidale d'un kyste sébacé du cuir chevelu. — Journ. des sciences méd. de Lille, VI, p. 273—284.

Lewin, G. Studien über die bei halbseitigen Atrophien und Hypertrophien, namentlich des Gesichts, vorkommenden Erscheinungen, mit besonderer Berücksichtigung der Pigmentation. — Charité-Annal. 1882. Berlin 1884, IX, p. 619—704.

Hooper, F. H. Specimen illustrating progressive movement of dermoid lining of external auditory canal. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 560.

Jackson, G. T. Discoloration of the hair. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 173.

Fürst, L. Allgemeiner Fingernagelwechsel bei einem halbjährigen Kinde. — Virchow's Arch. Berlin, XCVI, p. 355—357 u. 1 Taf.

Balzer, F. et T. Barthélemy. Contribution à l'étude des

sueurs colorés. — Annales de dermat. et syphil. Paris, 2 Sér. V, p. 317—322.

Cramer, G. Behandlung des Fussschweisses. — Memorabilien. Heilbronn, N. F. IV, p. 157.

Dechambre, A. Observation de chromidrose; avec de nouvelles remarques et les résultats détailles de l'examen chimique et microscopique de la matière colorante. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XXI, p. 239—242.

Leloir, H. Sur une variété nouvelle de périfolliculitis suppurées, conglomérées en placards. — Progrés méd. Paris, XII, p. 518.

Leroy. De l'hématidrose, hématopédése; sueurs de sang. — Bulletin méd. du nord. Lille, XXIII, p. 127—138.

Broatch, G. T. Case of black tongue. — British med. Journ. London, I, p. 761.

Fox. Case of warts occurring on tattooed lines. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 216.

Chorioblastosen.

Alvarado-Franchy, A. Du lupus, de ses divers moyens de traitement et en particulier des applications locales de créosote et de calomel. Montpellier, 4°.

Barette. Epithélioma et lupus de la face. — Concours méd. Paris, VI, p. 365—368.

Besnier, E. et A. Doyon. Les nouveaux traitements du lupus, par P. G. Unna et E. Hahn. Le traitement de l'alopécie sèche, par P. G. Unna. Revue critique et analytique. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., V, p. 230—243.

Bono, G. B. L'innésta cutaneo nell' oculistica operativa. Presentazione alla R. Accad. di med. di Torino di un caso di restaurazione per innesto cutaneo di una palpebra distrutta da lupus. — Osservatore. Torino, XX, pp. 81, 97.

Collier, H. Lupus vulgaris; its treatment by the local application of sulphurous acid. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 551—554.

Duncan, J. M. On haemorrhagic lupus of the female genital organs. — Edinburgh med. Journ. 1884—85, XXX, p. 5—9 u. 1 Taf.

Krause, H. Eine Frühform von Schleimhautlupus des Velum palatinum. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 407.

Licata, G. Sulla cura del lupus volgare. — Gazz. med. di Torino, XXXV, p. 193—208.

Marshall, J. G. The use of salicylic acid in the treatment of lupus vulgaris. — British med. Journ. London, I, p. 1253.

Morris, M. The complete destruction of disseminated patches of lupus vulgaris by a new double screw excavator. — Lancet. London, II, p. 141.

Renouard, Émile. Du lupus et des ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. Thèse (Paris). Le Mans, 4°, p. 243.

Schwimmer, E. Zur Therapie der schweren Lupusformen. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, pp. 601, 641, 683.

Taylor, J. W. On the treatment of lupus. — Birmingham med. Review. XV, p. 193—199.

Bonn, B. Leprosy in the Virgin Islands. — Med. Record. New York, XXV, p. 552.

Chavarin, J. J. La elefantiasis en los Griegos. — Voz de Hipócrates, México, II, pp. 54, 98, 108, 115, 140.

Farquharson, R. J. Leprosy in the United States. — Sanitarian. New York, XIII, p. 3—12.

Gaston, J. Mc F. Leprosy as seen in Brazil. — New Orleans med. and surg. Journ. 1883—84, N. S., XI, p. 841—849.

Vidal, È. La lèpre et son traitement. — France méd. Paris, I, pp. 893, 905, 939, 955, 988.

Leprosy in the Hawaiian Islands. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 474.

Garrigues, H. J. Pedunculated myxofibroma of the labium majus. — Med. Record. New York, XXV, p. 501.

Jacobson, A. Beitrag zur Lehre vom Keloid (Sarcoma keloidoforme). — Arch. f. klin. Chir. Berlin, XXX, p. 39—63 u. 1 Taf.

Williams, R. Acne keloid. — British med. Journ. London, I, p. 668.

Balzer, F. Recherches sur caractères anatomiques du xanthélasma. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 3 Sér., IV, p. 65—80.

Barlow, T. Congenital xanthelasma. — British med. Journ. London, I, p. 998.

Saint-Germain, L. A. de. Exostose sous-unguénale chez les enfants. — Revue mens. d. mal. de l'enf. Paris, II, p. 316—332.

Young, A. H. Sarcoma of the thigh; removal; erysipelas; recovery; remarks. — Lancet. London, I, p. 1163.

Tommasoli, P. Contributo allo studio del rinoscleroma. — Bullett. d. sc. med. di Bologna, 6 Ser. XIII, p. 145— 165.

Guibout. Caractères pathognomoniques des lésions cutanées de la scrofule. — France méd. Paris, I, pp. 831, 843, 855.

Duhring, L. A. Case of dermatitis herpetiformis, illustrating in particular the pustular variety (impetigo herpetiformis of Hebra). — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 225—230.

Duhring, L. A. Case of dermatitis herpetiformis (multiformis) aggravated by pregnancy and irregular menstruation. — Med. News. Philadelphia, XIV, p. 63 – 65.

Duhring, L. A. A case of dermatitis herpetiformis (bullosa). — New York med. Journ. XL, p. 62.

Duhring, L. A. Notes of a case of dermatitis herpetiformis, extending over eleven years, illustrating the several varieties of the disease. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 741—743.

Hoggan, G. On multiple lymphatic naevi of the skin, and their relation to some kindred diseases of the lymphatics. — Journ. of anat. and physiol. London, 1883—84, XVIII, p. 304—326 u. 1 Taf.

Valude, E. Note sur un cas de lymphadénie cutanée limitée et sans généralisation. — Revue mens. des mal. de l'enf. Paris, II, p. 281—287.

Dermatomykosen.

Bronson, E. B. A case of favus of the hand. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 234.

Clark, C. C. P. Chlorate of potash a specific in tinea tarsi and porrigi favosa. — New York med. Journ. XXXIX, p. 631.

Descroizilles. Favus des parties glabres coïncidant avec un favus du cuir chevelu; réflexions sur le favus infantile. Paris, 8°. Vergl. auch Revue mens. d. mal. de l'enf. Paris, II, p. 234—243.

Thomas, Louis. Contribution à l'étude du traitement de la teigne tondante. Thèse. Paris, 4°, p. 79.

Shoemaker, J. V. Treatment of vegetable parasitic diseases. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, pp. 195—202. 230—234.

Herpes tonsurans barbae. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 150.

Venerische Krankheiten.

Allgemeine Abhandlungen und Geschichte.

Barduzzi, D. I nuovi orizzonti della dermatologia e della sifilografia. — Giornale ital. d. mal. veneree e d. pelle. Milano, XIX, p. 17—35.

Cooper, Alfred. Syphilis and pseudosyphilis. Philadelphia, 8°, p. 335.

Gamberini, P. I sifilografi e dermatologi bolognensi. — Giorn. ital. d. mal. veneree e d. pelle. Milano, XIX, p. 1—16.

Langlebert, E. Aforismi sulle malattie veneree e sifilitiche ecc., versione italiana del dottore G. Rummo. Napoli. 16°.

McCreery, J. Venereal disease in the European army in India. — Indian med. Journ. Allahabad, III, p. 62—67.

Schumacher, jr. The natural history and the treatment of syphilis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II. p. 133—137.

London Lock Hospital and Asylum. Report for the year 1883 (122). London, 1884, 8°, p. 44.

Venereal diseases in the European army. By a Surgeon-Major. — Indian med. Gaz. Calcutta. XIX, p. 67—72.

Corradi, Alfonso. L'acqua de legno e le cure depurative nel cinquecento. Milano. 8°. p. 36. Aus: Annali univers. di med. CCLXIX.

Gilles de la Tourette, G. L'origine ancienne de la vérole. — Progrès méd. Paris, XII, p. 476—478.

Mac Lean, J. P. On pre-Columbian syphilis. — Americ. med. Journ. St. Louis, XII, p. 360—367.

Vallemont, Eugenio de. Guida igienica nelle campagne del piacere; noticie storiche sulle malattie veneree e sulla prostituzione. Milano, 1883, 8°, p. 126.

Gonorrhöe und ihre Folgezustände.

Adám, A. Blennorrhoea universalis. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, p. 293.

Andret, L. Des manifestations cutanées de la blennorrhagie. Paris. 8°.

Antal, G. Die Massage bei der Erweiterung callöser Harnröh-

röhrenstricturen. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, p. 480; aus Orvosi hetilap. Budapest Nr. 13.

Arango, F. A. Exploración de la uretra y de la vejiga; tratamiento de las estrecheces, lithotricia, talla, hypertrofia de la próstata con estancación urinosa, cistitis agudas y crónicas. — Revista méd. Bogotá, 1883—84, VIII, pp. 189, 239.

Arnaud, P. Contribution à l'étude de l'endométrite dans la blennorrhagie. Paris, 8°.

Aubert, P. Sur l' état latent du debut de la cystite blennorrhagique. — Lyon méd. XLVI, p. 197—210.

Aubert, P. De l'uréthrite bactérienne. — Ebenda, p. 337—341.

Balzer, F. Érythème infectieux dans le cours d' une blennorrhagie. — Gaz. méd. de Paris, 7 Sér. I, p. 301.

Baratier, A. De la vaginite et de son traitement par des applications locales de copahu. Paris, 4°.

Brame, C. Sur les rétrécissements du canal de l'urèthre. — Revue thérap. méd.-chir. Paris, XXXII, p. 315—318.

Brame, C. Sur l'uréthrite aiguë et chronique. — Ebenda p. 287—289.

Bron, F. Des injections limitées et de la migration des corps liquides et solides dans l'urèthre. — Lyon méd. XLV, p. 565—568.

Doit, M. De la blennorrhée traitée par les eaux, sulfureuses de Bagnères-de-Luchon. Paris, 8°.

Gama Pinto. Technica histologica dos microbios, em particular dos gonococcos, e propriedades pathogenicas d'estes ultimas. — Med. contemp. Lisboa, II, pp. 177, 185.

Gardner, W. Cystitis. — Canada med. and surg. Journ. Montreal, 1883—84, XII, p. 641—648.

Grünfeld, Josef. Die Ergebnisse endoskopischer Untersuchungen mit Rücksicht auf die Lallemand'sche Aetzmethode. — Wiener med. Presse. XXV, Nr. 23, 24.

Guyon, F. Du traitement de la cystite chronique douloureuse par les instillations de nitrate d'argent. — Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, II, p. 330—346.

Guyon, F. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Recueillies et publiées par F. P. Guiard. Cinquième leçon: Des injections intravésicales. Paris, 8°.

Hache, Maurice. Sur les cystites. Pathogénie, diagnostic, traitement. Paris (Thèse), 4°, p. 170.

Mandillon. Quelques mots sur l'anurie. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1883—84, XIII, pp. 546, 557, 569.

Mc Mechan, J. C. The use of balsam copaiba in chronic cystitis. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. XII, p. 786—790.

Michael, J. E. A case of gonorrhoea with complications and sequels. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1884—85, XI, p. 141.

Müller. Catarrhe vésical; guérison par les lavages et les capsules Pâquet à la résine de copahu. — Gaz. méd. de Strasbourg, 4 Sér. XIII, p. 54.

Neumann, I. Ueber Complicationen der Urethritis. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, pp. 223, 233, 259.

Railton, T. C. Notes of a case of gonorrhoea, with acute rheumatism and endocarditis occurring in its course. — British med. Journ. London, I, p. 1142.

Rosenthal, O. Ueber einen Fall von zahlreichen Polypen in der Harnröhre. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 356—358.

Taylor, W. W. Vaginitis and cystitis produced by reflex irritation. — Mississippi Valley med. Monthly. Memphis, IV, p. 270.

Thomas, Paul. Ueber Epididymitis gonorrhoica. Inaugural-Dissertation. Berlin, 8°, p. 30.

Tice, F. C. Spasmodic urethral stricture. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXVII, p. 507.

Tuffier. Abcès des glandes de Cooper, simulant un rétrécissement de l'urèthre; orchite par cathéterisme; autopsie; examen microscopique. — Progrès méd. Paris, XII, p. 479.

Unterberger, S. Zur Frage über den Zeitpunkt des Auftretens der Epididymitiden und Bubonen nach der Infection. — Monatsh. für prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 97—101.

Walker, H. O. Exploration of the male urethra. — Med. Age. Detroit, II, p. 187—189.

Waterman, T. Periurethral phlegmon. — Boston med. and surg. Journ. CX, p. 392—394.

Welander, E. Några undersökningar om gonorréns patogena mikrober. C. r. Quelques recherches sur les microbes pathogéniques de la blennorrhagie. No. 8. — Nordisk med. Arkiv. Stockholm, XVI, No. 2, p. 1—41 u. 1 Taf.; vgl. auch Gaz. méd. de Paris, 7 Sér. I, p. 267—269.

Syphilitische Initialformen, Bubonen und Geschwüre.

Barthélemy. Guérison rapide du chancre simple. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, p. 1081—1084.

Coesfeld. Ein Schanker auf der Spitze des rechten Zeigefingers. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 404.

Doyon, A. La transmission de la syphilis aux animaux. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 223—229.

Giné y Partagas, J. Gangrena del escroto y degeneracion testicular. — Independ. med. Barcelona. 1883—84, XV, p. 301.

Glazunov, J. Okis tsinka pri venericheskich jazvach (Zinkoxyd in venerischen Krankheiten). — Vrach, St. Petersburg, V, p. 365.

Heitzmann, Julius. Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vagina. Wien, 8°, p. 350 u. 25 col. Taf.

Hourtaux. Diagnostic différentiel du cancroïde et du chancre syphilitique de la lèvre inférieure. — Gaz. méd. de Nantes, 1883—84, II, p. 83.

Horand et Cornevin. Essais de transmission de la syphilis au porc. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sèr., V, p. 323—331.

Knight. C. H. Two cases of chancre of the tonsil. — New York med. Journ. XXXIX, p. 662.

Lavergne, F. et L. Perrin. Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux. — Annales de dermat. et syph, Paris, 2 Sér., V, p. 332—341.

Legoux. Phlegmon gangréneux de l'hypogastre du fourreau de la verge et du scrotum. — Gaz. méd. de Picardie. Amiens, II, p. 39.

Lhullier, L. P. Étude sur l'adénite strumeuse inguinale (bubon strumeux). Paris, 8°.

Mannino, L. Sull' escisione dell' ulcera infettante. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, 1883, XVIII, p. 329—337,

Marie, P. Sclérose en plaques et maladies infectieuses. — Progrès méd. Paris, XII, p. 287—289.

Mauriac. Sur quelques variétés de chancre infectant. — Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LV, p. 302—305.

Mercado, A. L. A case of suppuration of an inguinal gland, treated by hypodermic syringe. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 78.

Petersen, O. V. Osnovnaja azotnoskislaja okis vismuta, v kachestvie narujnago sredstva, pri venericheskich i koynich bolieznjach

(Magisterium Bismuthi als Streupulver bei venerischen Affectionen und Hautkrankheiten). — Vrach, St. Petersburg, V. p. 267; vergl. auch St. Petersburger med. Wochenschr. N. F. I, p. 230.

Russell, C. P. A case of primary syphilis of a finger. — Journ. of cutan. and ven. diseases, New York, II, p, 240.

Taylor, R. W. Chancre of the tonsils. — Boston med. and surg. Journ. CX; p. 537; Med. News. Philadelphia, XLIV, p. 684—686; New York med. Journ. XXXIX, p. 577—579.

Verdier, J. Des abcès lymphangitiques chancreux. Paris, 8°.

Zevek, V. A. Opiti privivki sifilisa porosjatam (Experimentelle Impfungen der Syphilis auf Schweine). — Vrach, St. Petersburg, V, pp. 348, 366.

Constitutionelle Erkrankungen und Condylome.

Ayres, Mortimer. Some of the diseases of the rectum, and their homoeopathic and surgical treatment. Chicago, 8°. p. 96.

Barbe. Anévrysme de l'aorte d'origine syphilitique. — France méd. Paris, I, p. 661—666.

Barduzzi, D. Sul microbo della sifilide. Pisa, 8°.

Brügelmann, W. Ueber das Wesen und die Behandlung der Ozaena. — Monatsschr. f. Ohrenheilk, Berlin, XVIII, p. 91.

Cadier. Syphilis laryngée; destruction des cordes vacales; formation d'une glotte artificielle transversale. — Annales d. mal. de l'oreillie et du larynx. Paris, X, p. 28—33.

Caminos, J. Z. Iritis serosa sifilitica doble y neuro-retinitis especifica, con perdida total inminente de la vision en el segundo caso; curadas con las inyecciones hipodérmicas de bicianuro de mercurio. — Revista méd. quirur. Buenos Aires, 1884—85, XXI, p. 75—78.

Cantarano, G. Colorazione bronzina della cute per sifilide constituzionale. — Resoc. Accad. med.-chir. di Napoli. (1883) 1884, XXXVII, p. 225—240 u. 1 Taf. Bericht von G. Antonelli, ebenda p. 265—267.

Castelli, J. Syphilis du cerveau. — Alger méd. XII, p. 144—149 u. 1 Taf.

Chanfleury van Ijsselstein. Over diagnose en prognose der constitutioneele syphilis in de vroege perioden. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XX, pp. 209, 241, 273.

Christian, J. Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la paralysie générale. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, p. 645—649.

Conti, A. Analogia di patogenesi tra la sifilido e la rabbie e della loro profilassi. — Osservatore. Torino, XX, p. 65—74.

Coomes, M. F. Syphilitic iritis. — Med. Herald. Louisville. 1884—85, VI, p. 57—62.

Debove. Des fractures spontanées syphilitiques. — Bulletin et Mémoires de la soc. méd. d. hôp. de Paris, 4 Sér. I, p. 184—186.

Desplats, H. Note sur un nouveau cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique; guéri par un traitement specifique. — Journ. d. sciences méd. de Lille. 1883, V, p. 521—529.

Diffre. Quelques faits de névralgies syphilitiques. — Gaz. hebdomad. d. sciences méd. de Montpellier. VI, p. 183—187.

Domashnev, N. P. Osmotri kormilits, kak predupreditelnaja miera po otnoshenijou k sifilisu (Untersuchung der Ammen in Beziehung auf Syphilis). — Vrach. St. Petersburg, V, pp. 281, 302.

Eltsinoi, Z. O rasprostranenii sifilisa sredi jentshin i dietei selskago naselcnija (Das Vorherrschen der Syphilis unter den Weibern und Kindern der ländlichen Bevölkerung). — Ebenda pp. 113, 136.

Ferguson, J. A case of syphilitic pyrexia. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II. p. 137.

Fournier. Tabes à début vésical. — Semaine méd. Paris, 2 Sér. IV, p. 193; auch in Médecin prat. Paris, X, p. 229—233.

Fournier, A. De la période préataxique du tabes. — Thérap. contemp. Paris, IV, pp. 297, 329, 361, 394.

Fox, C. On the circinate eruption of the tongue, called „état lichenoïde“ by Gubler, and „la syphilis desquamative de la langue“ by Parrot. — Lancet. London, I, p. 842—844.

Frignani, R. Una manifestazione singolare al principio del secondo stadio della sifilide. — Spallanzani, Modena, 2 Ser. XIII, p. 141—143.

Gemy. Le syphilis et la théorie parasitaire. — Alger med. XII, p. 134—143.

Goschler, A. Ueber die Aehnlichkeiten und Unterschiede zwischen den kleinen Hautabscessen und den Gummatibus specificis. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 309.

Guibout. Caractères pathognomoniques des lésions cutanées de la syphilis. — France méd. Paris, I, p. 748—752.

Hartmann, H. Syphilis et purpura. — Ebenda, II, p. 999 bis 1005.

Hermet, P. De la surdité dans le tabes syphilitique. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXVII, p. 1045—1052.

Hiller, A. Ueber Lungensyphilis und syphilitische Phthisis. — Charité-Annalen (1882). Berlin, 1884, IX, p. 184—282 u. 2 Taf.

Homes y Pascuets, N. Sifilis en el périodo de transicion de secundario al terciario. — Enciclop. méd.-farm. Barcelona, VIII. p. 341.

Hunicke, W. A case of syphilitic periostitis (gumma?) of the orbit. — Americ. Journ. of ophthalm. St. Louis, 1884—85, I, p. 126 —128.

Hutchinson, J. Clinical lecture on perforating ulcers of the septum nasi. — Med. Times and Gaz. London, II, pp. 6, 42.

Hutchinson, J. Syphilitic lupus. — Students Journ. and hospit. Gaz. London, XII, p. 272—274.

Hutchinson, J. Diseases of the nervous system of syphilitic origin. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVII. pp. 371, 394.

Jacobson, A. V. K voprosu o mechanicheskom liechenii sujenii gortani (Mechanische Behandlung der Larynxstricturen). — Vrach, St. Petersburg, V, pp. 49, 70, 89, 105, 121, 138, 192, 207, 223.

Jessup, R. B. jr. A case of oedema glottidis from syphilitic ulcer of the larynx; tracheotomy. — New York med. Journ. XXXIX, p. 550.

Kelsey, C. B. The pathology, diagnosis, and treatment of diseases of the rectum and the anus. New York, 8°.

Klepetař. Meine Ansichten über die Infectionskrankheiten und namentlich über die noch räthselhafte Immunität. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 308.

Landerer, E. Einige Fälle von syphilitischen Gelenkaffectionen Erwachsener. — Arch. f. klin. Chir. Berlin, XXX, p. 117—222.

Legrand du Saulle. La syphilis du cerveau; accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, pp. 553, 577, 601, 633, 673, 737, 753.

Leleu, L. De la kératite interstitielle et de son traitement par les injections sous-cutanées de bi-chlorure de mercure. Paris, 8°.

Löwenfeld, L. Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten. — Aerztl. Intelligenz-Blatt. München, XXXI, pp. 165, 180, 202, 214.

Maclaren, P. H. Venereal diseases of the rectum. — Edinburgh clin. and pathol. Journ. 1883—84, I, pp. 593—596, 697, 825 u. 2 Taf.

Magitot. Tumeur dure de la voûte palatine; douleurs névralgiques intenses du côté droit de la face, paralysie du muscle droit externe du globe oculaire du même côté; strabisme interne; incertitude de diagnostic; hypothèse d'une tumeur spécifique; importance du traitement antisyphilitique; inflammation brusque de la masse; ouverture d'une vaste poche osseuse au fond de laquelle est implantée une couronne de canine; affaissement graduelle des parosis; cessation immédiate des accidents. — Bulletin et Mémoires de la soc. de chir. de Paris. N. S. X, p. 290—293.

Malherbe. Observation de pachyméningite syphilitique avec ostéite condensante du rocher droit; syphilomes de la dure-mère. — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes. 1883, XVII, p. 351—357.

Masséï, F. Un cas de rétrécissement syphilitique de la trachée. — Revue mens. de laryngolog. etc. Paris, V, p. 145—150.

Mauriac. Périostite épicrânienne; syphilitique précoce. — Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LV, p. 305.

Möbius, P. J. Ueber Tabes bei Weibern. — Centralblatt f. Nervenheilk. Leipzig, VII, p. 193—200.

Möbius, P. J. Vertheidigung. Nachtrag zu dem Aufsatz „Ueber Tabes bei Weibern". — Ebenda, p. 266—268.

Moos, S. Drei seltene Ohrenleiden in Folge von Syphilis. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Wiesbaden, XIII, p. 157—161.

Morelli, P. Epitelioma e sifilide della lingua. — Rivista clinic. e terap. Napoli, VI, p. 57—63.

Morisani, D. Nuove contribuzioni allo studio della sifilide sperimentale. — Morgagni, Napoli, XXVI, pp. 111, 162 u. 2 Taf.

Müller, F. Diagnose und Therapie der Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung des Initialstadiums. — Centralblatt f. d. gesammte Therapie. Wien, II, p. 1—13.

Neumann, I. Gummata. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 300.

Neumann, I. Ueber syphilitische Muskelentzündung. — Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1883—84, p. 85—87.

Neumann, I. Ostitis syphilitica. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 152.

Nolte, Arnold. Ueber das Verhalten der Milz bei Syphilis. — Inaugural-Dissertation. Greifswald, 1883, 8°, p. 31.

O'Brien, J. Case of amputation of thigh for syphilitic disease of the tibia in a patient far advanced in phthisis. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 172.

Pascalis, Gaston. De l'épididymite syphilitique. Thèse. Paris, 4°, p. 47.

Pellizzari, C. De la présence des bacilles de la tuberculose dans les gommes scrofuleuses. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., V, p. 342—344, aus Bullet. soc. d. sc. med. di Siena, April 24.

Pellizzari, C. Gomme sifilitiche della lingua quarantatré anni dopo l'infezione. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XIX, p. 36—38.

Pérez Ortiz. Nota sobre un caso de goma ulcerado de la lengua con tendencia al fagédénismo. — Revista espec. de oftalm., sifil. ect. Madrid, VIII, p. 142—151.

Petit, L. H. Influence de la syphilis sur la consolidation des fractures (Documents inédits). — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, p. 1105.

Porter, W. S. A case of syphilitic paraplegia, with remarks. — Lancet. London, I, p. 1160.

Putzel, L. Syphilis of the central nervous system. — Med. Record. New York, XXV, p. 450—454.

Raymond, F. et G. Artaud. Note sur un cas de sueurs localisées dans le cours d'un tabes dorsal. — Revue de méd. Paris, IV, p. 414—418.

Renault, E. Clinique des maladies syphilitiques et cutanées; manifestation tardive de syphilis tertiaire; dactylite syphilitique. — Alger méd. XII, p. 110—112 u. 1 Taf.

Rodriguez, J. F. Patogenia de la sifilis; sus relaciones con ciertas enfermedades crónicas. — Siglo méd. Madrid, XXXI. pp. 228, 243.

Rosenthal, A. Ein Fall von multiplen Erweichungsheerden im Gehirn auf luetischer Basis. — Centralblatt f. Nervenheilk. Leipzig, VII, p. 217—220.

Rumpf, T. Zur Tabes-Luësfrage. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 232.

Seguin, E. C. Analysis of seventy-five consecutive cases of posterior spinal sclerosis with special reference to a syphilitic origin. — Arch. of med. New York, XII, p. 71—73.

Shaw, J. Case of cerebellar haemorrhage; abnormalities of cerebral arteries. — Journ. of mental science. London, N. S. XXX, p. 253—255.

Sota y Lastra, R. de la. Goma supurado en la region infrahioidea; formacion de una fistula laringea completa; curacion temporal; laringitis tubérculo-ulcerosa; tisis sifilitica; muerte. — An. de otolog. y laringol. Alcalá de Henares. 1883, I, p. 265—270.

Sota y Lastra, R. de la. Breves consideraciones diagnosticas sobre algunas formas del cáncer, de la tuberculosis y de la sifilis de la laringe. — Revista méd. de Sevilla, IV, p. 97—109.

Tassi. Osservazioni cliniche intorno alle sifilide cerebrali. — Bullett. d. r. Accad. med. di Roma. 1883, IX, p. 270—283.

Thomayer, J. De l'épilepsie sifilitique. — Journ. de méd. de Paris, VI, p. 1118—1193; aus Allgem. Wiener med. Zeitg. 1883, XXVIII, No. 48—52.

Turner, C. Notes of a case of (?) syphilitic lardaceous disease of the right suprarenal capsule. — Lancet. London, I. p. 848; auch British med. Journ. London, I. p. 905.

Webster, D. Zwei Fälle von Erkrankung des Labyrinths in Folge von Syphilis, mit epikritischen Bemerkungen. Uebersetzt von Steinbrügge, H. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Wiesbaden, XIII, p. 93—98.

Weller, J. Syphilis and eclampsia. — British med. Journ. London, I, p. 1238.

Ziehl, F. Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 422, 438.

Zucker, J. Ueber Syphilis des äusseren Ohres; zwei Beobachtungen über Condylombildung und ein Fall von syphilitischem Primäraffect im Ohre. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Wiesbaden, XIII, p. 167 bis 171.

Congenitale und hereditäre Syphilis.

Barthélemy. Syphilis héréditaire tardive; lésions du foie. — Arch. générales de méd. Paris, I, pp. 513—532, 674—719.

Berne, G. Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. Paris, 8°.

Cabot y Rovira, J. Contribución al estudio de las lesiones óseas producidas por la sifilis hereditaria durante la infancia, especialmente bajo el punto de vista de su diagnóstico y tratamiento. — Revista de ciencas méd. Barcelona, X, p. 284—289.

Fournier, A. Élements diagnostiques de la syphilis héréditaire tardive. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, pp. 181, 257.

Fournier, A. Syphilis héréditaire tardive; accidents cerebraux. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVII, pp. 741—744, 753, 777, 841, 889, 925, 961, 1021, 1057.

Hermet, P. De la surdité dans la syphilis héréditaire. — Annal. de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 281—292.

Kassowitz, M. The inheritance and transmission of syphilis. Translated by J. Fewsmith. — American Journ. of obstetric. New-York, XVII, p. 774—784.

Knight, C. H. Tubercular meningitis; hereditary syphilis? basilar gummous meningitis? — Med. Record. New York, XXVI, p. 48.

Kremer, Paul. Beitrag zur syphilitischen Epiphysenlösung. Inaugural-Dissertation. Berlin, 8°, p. 26.

Laurent, O. Un cas de syphilis infantile. Rapport de Charon. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVI, p. 217—220.

Lee, R. J. Lecture introductory to the study of infantile syphilis. — Lancet. London, I, pp. 1109, 1156.

Mackenzie, J. N. A contribution to the study of congenital syphilis. — New York med. Journ. XXXIX, p. 605—608.

Noquet, L. Sur un cas de syphilis héréditaire tardive avec perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche, chez un enfant de dix ans; otide moyenne - double, concomitante; heureux effets du traitement spécifique. — Bulletin et Mémoires de la soc. franç. d'otolog. et laryngol. Paris, 1883--84, I, p. 13—25.

Pacher, Vittorio. Dactilite sifilitica; studio clinico e considerazioni terapeutiche sulla sifilide, in rapporto al matrimonio ed alla ereditarietá. Treviso, 1883, 8°, p. 105.

Richards, V. Hereditary syphilis; gangrene of hand and forearm; amputation; recovery. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 77.

Simon, J. Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire chez l'enfant. — Practicien. Paris, VII, p. 220.

Zeissl, M. Ein neuer Fall von Infectio in utero. — Wien. med. Presse XXV, p. 628—630.

Hutchinson's teeth. Discussion. — St. Louis med. and surg. Journ. XLVI, pp. 500, 504.

Prophylaxis und Therapie.

Abadie, C. Traitement de la keratite interstitielle grave par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure. — Annales d'ocul. Bruxelles, XCI, p. 145—149.

Baumann, E. Zur Frage der Jodbestimmung im Harne. — Zeitschr. f. physiol. Chemie. Strassburg, 1883-84, VIII, p. 282—290.

Boileau, J. P. H. On the treatment of syphilis without mercury. — Indian med. Journ. Allahabad, III, p. 68—74.

Bristowe, J. H. (und Andere) Report by a committee appointed to investigate Dr. Cory's experiments in vaccinating himself from syphilitic children. — Report. Med. Off. Local Gov. Bd. 1882. London. 1883, XII, p. 46—51.

Diday, P. Éradication de la syphilis; état de la question. — Semaine méd. Paris, 2 Sér. IV. p. 213—216.

Di Lorenzo, G. Sifilide e ioduro de pottassio. — Rivista clin. e terap. Napoli, VI, p. 71—74.

Doyon, A. Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux d' Uriage. Paris, 8°. Aus Annales d'hydrolog. méd. de Paris. XXIX.

Dupré, Arthur Hippolyte. De l'hydrargyrie. Thése. Paris, 4°, p. 36.

Engel, H. Injections of corrosive sublimate solutions into the inguinal glands and into the spleen in syphilis. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 678—682.

Garcia Belenguer, R. La prostitución ante la higiene. — España méd. Madrid, I' pp. 73, 97, 121, 145.

Gasparini. A. Sul farmaco antisifilitico del Pollini. II a edizione. Milano, 16°.

Green, W. E. Unusual symptoms following the use of unguentum hydrargyri ammoniati. — British med. Journ. London. I, p. 853.

Lomax, W. Syphilis; its prophylaxis. — Report Board of Health. Indiana. 1882—83. Indianapolis. 1884, III, p. 95—103.

Martin, J. W. An analysis of five cases of syphilis unsuccessfully treated by Mc Dade's formula. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVII, p. 470.

Mayer, W. Die sanitären Zustände der Quecksilber-Spiegelbeleger in Fürth; im Auftrage und mit Hilfe des ärztlichen Bezirks-Vereines Fürth. — Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. Nürnberg, XXXV, p. 176—201.

Nega, Julius. Ueber den Quecksilbernachweis im Harn bei Anwendung verschiedener Präparate nach einer modificirten Ludwig-Fürbringer'schen Methode. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 298.

Paris-Zejin, L. La prostitución (estudios de patologia social). — Revista de la soc. españ. de higiene. Madrid, II, pp. 217—221, 258—262.

Roche, J. Syphilis and mercury. — Lancet. London, I, p. 844.

Rothmund, von, jun. Einige Bemerkungen über die Anwendung des Sublimats. — Festschrift d. ärztl. Vereins in München etc. 1883, p. 296—300.

Sanjuan, M. De la prostitución clandestina en su relacion con las enfermedades venereás. — Revista de la soc. españ. de higiene. Madrid, II, p. 193—198.

Schridde, P. Bemerkungen zum „Quecksilbernachweis im Harn von Dr. Nega". — Berliner klin. Wochenschr. XXI. p. 359.

Schuster. Neue Aufschlüsse über die Ausscheidung des Quecksilbers. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 278; vgl. auch Centralblatt f. d. med. Wissensch. Berlin, XXII, p. 273—275.

Senac-Lagrange. Réflexions sur l'état actuel de la question du traitement de la syphilis par les eaux minérales. Paris. 8°. — Aus: Annales d'hydrolog. méd. de Paris.

Smirnow. Om behandling af syphilis medelst subcutana calomelinjectioner. Referat af V. Lundberg. — Tidschrift i militär Helsovård. Stockholm, IX, p. 153—158.

Tartenson. Polnoe izliechenie sifilisa bez merkurija (Angliiskii metod). St. Petersburg, 8°.

Todd, J. S. Mercury. — Atlanta med. and surg. Journ. N. S. I, p. 129—142.

Zampa, Raffaèllo. I regolamenti sulla prostituzione, e la profilassi delle malattie veneree. Bologna, 1883, 8°, p. 23.

Rapport van de commissie tot bestrijding der syphilis. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XX, p. 377—382.

Autoren-Register.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

J.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Errata.

Auf Seite 341 Zeile 6 von oben ist statt: (Hiezu Tafel IV) „(Tafel VII)" und desgleichen ist die hiezu gehörige Tafel zum Caspary'schen Aufsatze selbst statt als „Tafel IV" als „Tafel VII" zu bezeichnen.

Ferner: Auf Seite 379 Zeile 5 von oben statt Avauzini: Avanzini.

Der Inhalt zum 1. 2. (Doppel-) Hefte ist statt mit pag. 287 bis 290 richtig mit pag. III bis VI zu bezeichnen.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.